







U.P.A.

Termo de Reti-Ratificação nº. 01/2016 ao Convênio nº. 05/2015 que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Mogi Mirim, através da Secretaria Municipal de Saúde de Mogi Mirim, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim.

Pelo presente instrumento, o Município de Mogi Mirim, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa à Rua Dr. José Alves, 129, centro, inscrito no CNPJ sob nº. 45.332.095/0001-89, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, senhor **LUIS GUSTAVO ANTUNES STUPP**, brasileiro, casado, portador do RG 42.198.133-7 e CPF 327.258.878-79, através do Secretário de Saúde, na qualidade de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde - SUS, doravante denominada simplesmente **MUNICÍPIO**, e de outro a **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim**, com sede à Rua Maestro Azevedo, 124, inscrita no CNPJ nº. 52.775.392/0001-64, neste ato representada por seu Provedor senhor **JOSUÉ LOLLI**, brasileiro, casado, portador do RG nº. 9.024.042-X e CPF nº. 849.205.808-00, doravante denominada simplesmente **ENTIDADE**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 à 200 e seguintes, a Constituição Estadual artigos 219 á 231, as Leis n.ºs 8.080/90 e 8.142/90, a Lei n.º 8.666/93, atualizada pela Lei n.º 8.883/94 e suas alterações, e Leis Municipais nº. 5.552/14 e 5.553/14 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente **reti-rati** nas condições estabelecidas nas Cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente **Termo de Reti-Ratificação** tem por finalidade alterar a **CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS, E A CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO** tendo em vista a necessidade de inclusão de nova fonte pagadora de recurso.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RETIFICAÇÃO

A Cláusula Oitava do Convênio ora retificado passa a ter a seguinte redação:

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante total de até **R\$ 2.672.316,90 (dois milhões, seiscentos e setenta e dois mil, trezentos e dezesseis reais e noventa centavos)** a serem repassados em parcelas de até **R\$ 445.386,15 (quatrocentos e quarenta e cinco mil, trezentos e oitenta e seis reais e quinze centavos)**, que serão pagos até o 4º (quarto) dia útil ao mês subsequente à prestação de serviço, onerando a seguinte classificação orçamentária:

01.16.03.10.302.0444.2.036.3.3.50.43.00 – Manutenção da Co-Gestão municipal – Fonte: 01 – Tesouro, e

01.16.03.10.302.0504.2.040.3.3.50.43.00 – Manutenção de Convênios – Fonte 05 – Recurso Federal.

PARÁGRAFO ÚNICO – A ENTIDADE se compromete a manter os recursos transferidos em conta, no Banco 104 – Caixa Econômica Federal – Agência 0323 – Conta Corrente nº. 1944-6 e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes desse CONVÊNIO.

A Cláusula Décima Quinta do Convênio ora retificado passa a ter a seguinte redação:

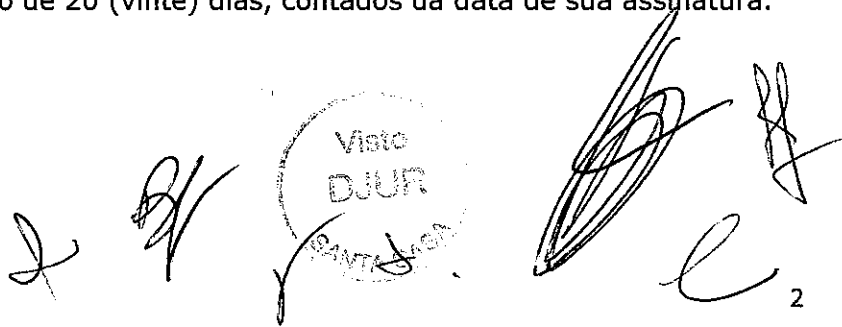
O presente convênio terá vigência a partir de 01 de julho de 2016, por um período de 06 (seis) meses, a partir da data da assinatura.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do convênio inicial, não alteradas por este instrumento.

CLÁUSULA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

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

 The bottom of the document features several handwritten signatures and a circular stamp. The stamp contains the text "Visto DJUR" and "SECRETARIA DE SAÚDE". There are also some handwritten initials and a small number "2" at the bottom right.

E por estarem às partes justas e conveniadas, firmam o presente Termo de Reti-Rati, em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença das testemunhas, abaixo assinadas.

Mogi Mirim, 01 de julho de 2016.

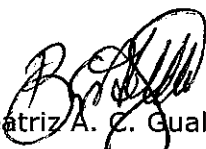


LUIS GUSTAVO ANTUNES STUPP
Prefeito Municipal

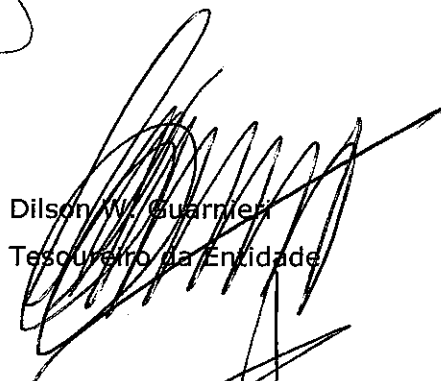


JOSUÉ LOLLI
Provedor da Santa Casa de Mogi Mirim

Testemunhas:

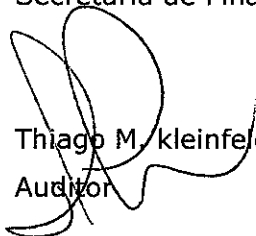


Beatriz A. C. Gualda
Secretária de Saúde



Dilson W. Guarnieri
Tesorero da Entidade

Elisanita Aparecida de Moraes
Secretária de Finanças



Thiago M. Kleinfelder
Auditor

Carlos Eduardo de O. Barreto Filho
Advogado da Entidade



Cláudia F. Mazolini
Secretária de Negócios Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

Órgão Público Convenente: Prefeitura Municipal de Mogi Mirim

Entidade Conveniada: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

Reti-ratificação 01/216 ao Convênio nº. 05/2015

Objeto: Alterar a Cláusula Oitava e Cláusula Décima Quinta do Convênio do referido Convênio

Na qualidade de Convenente e Conveniada, respectivamente, do Convênio acima identificado, e cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até o julgamento e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos CIENTES, doravante, de que 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, de 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.

Mogi Mirim, 01 de julho de 2016.

Órgão Público Convenente:

e-mail institucional: gabinete@mogimirim.sp.gov.br

e-mail pessoal: gustavostupp@hotmail.com



Luis Gustavo Antunes Stupp
Prefeito Municipal de Mogi Mirim

Entidade Conveniada:

e-mail institucional: administracao@santacasamogi.com.br

e-mail pessoal: josue.lolli@horizonteseguros.com.br



Josue Lolli
Provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim



Visto
DJUR



PLANO DE TRABALHO DA INSTITUIÇÃO

I - INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim cadastrada no CNPJ sob o nº 52.775.392/0001-64, é uma instituição privada sem fins lucrativos, fundada em 08 de junho de 1888, dedicada à prestação de assistência médico-hospitalar e atualmente instalada à Rua Maestro Azevedo nº 124, região central de Mogi Mirim – SP.

Possui:

Missão: “Somos uma instituição filantrópica que serve ao ser humano na busca da restauração da saúde.”.

Visão: “Ser reconhecido nas práticas de qualidade e cuidado humanizado, como referência regional nos serviços de alta e média complexidade.”.

Valores: “Respeito, Comprometimento, Qualidade, Capacitação, Flexibilidade, Confiança, Responsabilidade e Compaixão.”.

b) Características da Instituição

De acordo com o CNES a Instituição é dotada de leitos de internação, sendo disponibilizados 82 para internações SUS. Os leitos estão divididos nas chamadas clínicas básicas, sendo que para o SUS são disponibilizados: 27 para Clínica Médica, 18 para Clínica Cirúrgica, 10 para Pediatria, 11 para Obstetrícia, 06 para UTI adulto, 02 Hospital dia, 04 para UTI neonatal e 04 leitos para Unidade de Isolamento. O Hospital conta com salas cirúrgicas, área para Pronto Atendimento e Unidade de Urgência e Emergência, Ambulatórios, Centro Obstétrico e Serviços de Apoio, tais como: Central de Esterilização de Materiais, Farmácia, Lactário, Necrotério, entre outros.

A equipe multiprofissional é formada por médicos de diversas especialidades, biomédico, equipe de enfermagem, cirurgião dentista e traumatologista bucomaxilofacial, farmacêuticos,

fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogas, psicólogas, assistentes sociais, técnicos de ortopedia e imobilização ortopédica, técnicos de farmácia, técnicos em segurança do trabalho, comprador, auxiliar de escritório, assistente administrativo, auxiliar de pessoal, auxiliar de faturamento, almoxarife, recepcionistas, cozinheiras, copeiras, auxiliares de limpeza, auxiliares de rouparia, vigilantes, auxiliares de farmácia, costureiras, motoristas e serviço de manutenção.

O Hospital conta também com UTI Adulto tipo II, UTI Neo, é referência em Neurologia de Alta Complexidade e Terapia Renal Substitutiva, faz parte das Redes de Atenção às Urgências e Cegonha. Possui serviços próprios de diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas e possui ambulatório de múltiplas especialidades médicas.

Atualmente a Instituição tem uma taxa de ocupação de pacientes do Sistema Único de Saúde superior a 75% em todos os seus serviços prestados, onde em alguns serviços este número é superado em mais de 90%.

II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

a) Entidade

<i>Razão Social</i> IRMANDADE DA SANTA CASAS DE MISERICÓRDIA DE MOGI MIRIM			
<i>CNPJ</i> 52.775.392/0001-64			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> 86.10-1.01 Atividades de atendimento hospitalar			
<i>Endereço</i> Rua Maestro de Azevedo nº124 Centro			
<i>Cidade</i> Mogi Mirim			<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13.800-200		<i>DDD/Telefone</i> (19) 3814-3022	
<i>E-mail</i> administração@santacasamogi.com.br			
<i>Banco</i> Caixa Federal	<i>Agência</i> 0323-3	<i>Conta Corrente (*)</i> 1944-6	<i>Praça de Pagamento</i> Mogi Mirim

(*) Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i> Josué Lolli		
CPF 849.205.808-00	RG 9.024.042-X	Órgão Expedidor SSP/SP
Cargo XXXXXXX	Função Provedor	
Endereço Rua Clothilde Cassini Cintra nº55 – Jd. Cintra		
Cidade Mogi Mirim		UF SP
CEP 13.800-200	Telefone (19) 3814-3022	

<i>Diretor Superintendente</i> XXXXXXX		
CPF XXXXXX	RG XXXXX	Órgão Expedidor XXXXX
Cargo XXXXX	Função XXXXXXX	
Endereço XXXXXXX		
Cidade XXXXXXX		UF XX
CEP XXXXXXX	Telefone XXXXX	

<i>Diretor Clínico</i> Jose Geraldo Romanello Bueno		
CPF 922.454.398-72	RG 4.801.075-3	Órgão Expedidor
Cargo XXXXX	Função Médico	
Endereço Rua Marciliano nº207 - Centro		
Cidade Mogi Mirim		UF SP
CEP 13.800-200	Telefone	



SANTA CASA DE MISERICORDIA
DE MOGI MIRIM

III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO INTERVENIENTE / RESPONSÁVEIS

a) Órgão Interveniente

<i>Órgão Interveniente</i> <i>Não se aplica</i>				
CNPJ				
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)				
Endereço				
Cidade				UF
Cidade	UF	CEP	DDD/Telefone	E-mail

b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição Interveniente</i> <i>Não se aplica</i>		
CPF	RG	Órgão Expedidor
Cargo	Função	
Endereço		
Cidade		UF
CEP	Telefone	

IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Objeto	Descrição
CUSTEIO	Aquisição de materiais hospitalares, medicamentos, gêneros alimentícios, materiais de escritório e de higiene e limpeza, serviços médicos e pagamento de folha de funcionários na Unidade de Pronto Atendimento - UPA.



SANTA CASA DE MISERICORDIA
DE MOGI MIRIM

a) **Identificação do Objeto**

Fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência á saúde prestada aos usuários do SUS com aporte financeiro para custeio dos serviços médicos e hospitalares na Unidade de Pronto Atendimento - UPA.

b) **Objetivo**

Garantir os atendimentos ambulatoriais na Unidade de Pronto Atendimento - UPA garantindo a prestação de serviços de saúde com qualidade, equidade e acessibilidade, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

c) **Justificativa**

O repasse destina-se a apoio no **CUSTEIO** de medicamentos, insumos hospitalares, material de limpeza, gêneros alimentício e pessoal, visando o gerenciamento da assistência na Unidade de Pronto Atendimento – UPA.

d) **Metas a Serem Atingidas**

Metas Qualitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Apresentar Registro de Responsável Técnico da equipe de enfermagem	Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo COREN/SP	Apresentar o Certificado de Responsabilidade Técnica atualizado
Apresentar Registro de Responsável do Conselho de Classe	Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo CRM/SP	Apresentar o Certificado de Responsabilidade Técnica atualizado



SANTA CASA DE MISERICORDIA
DE MOGI MIRIM

Aplicar Pesquisa de Satisfação do Usuário Externo (pesquisa de satisfação com índice de retorno de no mínimo 05% (cinco por cento) dos usuários) com resultado de ótimo e bom superior a 60% (sessenta por cento)

Aplicação da pesquisa de satisfação com índice de retorno de no mínimo 05% (cinco por cento) dos usuários com resultado de ótimo e bom superior a 60% (sessenta por cento)

Apresentar relatório mensal com os dados da PSCE com resultado de ótimo e bom superior a 60% (sessenta por cento) em 05% dos usuários da Unidade.

Realizar Acolhimento com Classificação de Risco com _____
Número de pacientes com classificação de risco realizada no período
Número de pacientes assistidos no mesmo período x 100

Valor Pactuado: 100% (cem por cento) dos pacientes assistidos no período.

Monitorar o tempo de permanência do usuário na Unidade em observação com tempo de permanência inferior ao preconizado pelo SUS

Número de pacientes com observação superior às 24h

Garantir o preenchimento de 100% das fichas em conformidade com a Resolução CFM nº. 2.056/2013 de acordo com amostragem.
Número de fichas em conformidade com a resolução
Número total de fichas avaliadas x 100

Relatório da ETAM realizado nas fichas de atendimento ambulatorial, por amostragem.

Metas Quantitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
------	-----------	------------------------------

Garantir o número de Enfermeiros

Número de profissionais por plantão em conformidade com o pactuado.

Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço), Relatório Secretaria de Saúde. Folha Ponto do funcionário caso solicitado/necessário.



SANTA CASA DE MISERICORDIA
DE MOGI MIRIM

Garantir o número de Técnicos Enfermagem de Número de profissionais por plantão de em conformidade com o pactuado.

Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço), Relatório Secretaria de Saúde. Folha Ponto do funcionário caso solicitado/necessário.

Manutenção da equipe de médica

Número de profissionais por plantão em conformidade com o pactuado.

Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço) e Folha de Controle de Ponto da empresa contratado para prestação do serviço ora avençado.

Manutenção do número de profissionais assistente/auxiliar administrativo

Número de profissionais por plantão em conformidade com o pactuado.

Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço), Relatório Secretaria de Saúde. Folha Ponto do funcionário caso solicitado/necessário.

Manutenção da equipe de recepção	Número de profissionais por plantão em conformidade com o pactuado.	Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço), Relatório Secretaria de Saúde. Folha Ponto do funcionário caso solicitado/necessário.
Manutenção da equipe de vigias	Número de profissionais por plantão em conformidade com o pactuado.	Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço), Relatório Secretaria de Saúde. Folha Ponto do funcionário caso solicitado/necessário.
Manutenção da equipe de Auxiliar de Farmácia	Número de profissionais por plantão em conformidade com o pactuado.	Escalas de trabalho (que deverão ser encaminhadas a Secretaria de Saúde até o ultimo dia útil do mês que antecede a prestação do serviço), Relatório Secretaria de Saúde. Folha Ponto do funcionário caso solicitado/necessário.



e) Etapas ou Fases de Execução

ETAPA	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	APLICAÇÃO
1	Cotação dos itens de consumo (materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações de equipamentos, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório).	Mensal	0
2	Compra dos itens	6 meses	R\$ 713.316,90
3	Pagamento da equipe médica contratada	6 meses	R\$ 1.299.000,00
4	Pagamento da folha de pessoal	6 meses	R\$ 660.000,00
Total			R\$ 2.672.316,90

f) Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

ORDEM	OBJETO	VALOR	%
1	Aquisição de medicamentos e materiais de consumo, serviço de manutenção predial e/ou equipamentos, pagamento de honorários médicos (terceiros) e folha de pagamento de funcionários.		100
Total			100

V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)

Mês	OBJETO	PROPO- NENTE	CONCEDENTE
01	Custeio – materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório.	R\$ 0,00	R\$ 118.886,15
	Custeio – Folha de pagamento funcionários		R\$ 110.000,00
	Custeio – Honorários Médicos		R\$ 216.500,00
02	Custeio – materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório.	R\$ 0,00	R\$ 118.886,15
	Custeio – Folha de pagamento funcionários		R\$ 110.000,00
	Custeio – Honorários Médicos		R\$ 216.500,00
03	Custeio – materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório.	R\$ 0,00	R\$ 118.886,15
	Custeio – Folha de pagamento funcionários		R\$ 110.000,00
	Custeio – Honorários Médicos		R\$ 216.500,00



SANTA CASA DE MISERICORDIA
de Maré

Mês	OBJETO	PROPO- NENTE	CONCEDENTE
	Custeio – Honorários Médicos		
04	Custeio – materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório.	R\$ 0,00	R\$ 118.886,15
	Custeio – Folha de pagamento funcionários		R\$ 110.000,00
	Custeio – Honorários Médicos		R\$ 216.500,00
05	Custeio – materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório.	R\$ 0,00	R\$ 118.886,15
	Custeio – Folha de pagamento funcionários		R\$ 110.000,00
	Custeio – Honorários Médicos		R\$ 216.500,00
06	Custeio – materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, locações, manutenção predial, de mobiliário e equipamentos, materiais de escritório.	R\$ 0,00	R\$ 118.886,15
	Custeio – Folha de pagamento funcionários		R\$ 110.000,00
	Custeio – Honorários Médicos		R\$ 216.500,00
	Total	R\$ 0,00	2.672.316,90

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

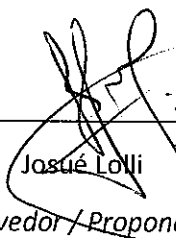
- Início: 01/07/2016
- Duração: 6 meses.

VII – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO** para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Mogi Mirim através da Secretaria de Saúde de Mogi Mirim, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede Deferimento

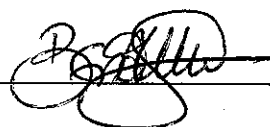
Data da Assinatura 01/07/2016



Josué Lolli
Provedor / Proponente

XIII – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Data da Assinatura 01/07/2016



Beatriz Amoedo Campos Gualda
Secretária de Saúde - Concedente