



**CONVÊNIO Nº 002/2018 - SMS**

Convênio para serviço de Urgência / Emergência - Pronto Socorro Geral, aos pacientes da rede pública municipal de saúde, que entre si celebram, a Prefeitura Municipal de Capivari e a Santa Casa de Misericórdia de Capivari. -----

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no C.N.P.J. / M.F. sob n.º 44.723.674/0001-90, com sede administrativa na rua Quinze de Novembro, nº 639, Centro, Capivari / SP, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, o Sr. **Rodrigo Abdala Proença**, brasileiro, casado, administrador de empresas, portador da cédula de identidade RG nº 23.544.185-5 SSP / SP, inscrito no CPF / MF sob n.º 215.452.778-77, residente e domiciliado na rua Nazira Mattar, nº 555, Santa Terezinha, nesta cidade de Capivari / SP., e pelo Secretário Municipal da Saúde Sr. **Ivan Rosatto de Carvalho**, brasileiro, servidor público, portador do RG 6.493.688 SSP / SP, e inscrito no CPF / MF sob nº 966.655.218-34, doravante denominado **MUNICÍPIO** e de outro lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPIVARI**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. / M.F. sob n.º 46.925.111/0001-00, com registro no CREMESP sob nº 01.205, com sede administrativa na praça Dr. Mário Dias de Aguiar, nº 1, com estatuto social arquivado no cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Capivari em 5/4/1989, sob n.º 5.023, neste ato representado por seu representante legal, Sr. **Celso Alves Ferreira**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 6.055.020- SSP/SP e CPF nº 577.322.648-00, domiciliado à Rua José Angelo Datti, 22 nesta cidade de Capivari/SP, doravante denominada **CONVENIADA**, tem entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

**DO OBJETO  
CLÁUSULA PRIMEIRA**

O **MUNICÍPIO** firma o presente **CONVÊNIO** com a **CONVENIADA**, objetivando o atendimento, junto ao serviço de Pronto Socorro, nos casos de

Secretaria da Saúde

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
CEP 13360-000 | Capivari-SP  
(19) 3492-8200  
sausedir@capivari.sp.gov.br



urgência e emergência, a todos os pacientes encaminhados pela rede pública municipal de saúde (SUS), ou que, espontaneamente, procurem por atendimento.

**DAS CONDIÇÕES GERAIS  
CLÁUSULA SEGUNDA**

Na execução do presente convênio observar as seguintes condições gerais:

I – o acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

II – encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência;

III – gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste convênio;

IV – a prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica;

V – atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;

VI – observância dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS; e

VII – estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse convênio;

**CLÁUSULA TERCEIRA**

O atendimento, previsto na cláusula primeira deve ocorrer nas situações definidas em resolução do Conselho Federal de Medicina, como urgência e emergência que exigem o atendimento imediato, pois implicam em risco iminente de vida e no pronto atendimento, que deve prestar o primeiro atendimento e ter o caráter resolutivo para os casos de menor gravidade.

**CLÁUSULA QUARTA**

Em não sendo constatada a urgência ou emergência no quadro clínico do paciente atendido pelo SUS (Sistema Único de Saúde), deverá o

Secretaria da Saúde

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
CEP 13360-000 | Capivari-SP  
(19) 3492-8200  
saudedir@capivari.sp.gov.br



médico da **CONVENIADA**, proceder o encaminhamento deste a rede pública municipal de saúde, por meio de referência e/ou contra referência devidamente preenchida, onde conste parecer com as razões que os justifiquem.

#### **CLÁUSULA QUINTA**

Somente nos casos que exijam recursos superiores àqueles de que dispõe a **CONVENIADA**, poderão ser transferidos os beneficiários que forem encaminhados, para outra entidade hospitalar, comunicando-se o fato ao Município de origem do paciente.

#### **CLÁUSULA SEXTA DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Pelos serviços de Pronto Socorro na forma esclarecida neste convênio, o **MUNICÍPIO** pagará a quantia mensal de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), que serão repassados até o dia 12 (doze) de cada mês subsequente ao vencido.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA DAS OBRIGAÇÕES**

Obriga-se a **CONVENIADA**:

I - manter registro dos pacientes atendidos, com identificação, data, diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como os respectivos tratamentos, respeitada a ética preservadora dos segredos profissionais;

II - deverá realizar ações de humanização e acolhimento no serviço de urgência e emergência, através da reciclagem dos profissionais de recepção e atendimento;

III - manter pesquisa de satisfação do cliente, com formulário para manifestação do cliente em relação ao atendimento recebido, com análise mensal dos dados coletados e discussão das principais queixas observadas para efeito de aperfeiçoamento e melhorias;

IV - deverá manter designação de canal permanente de comunicação com o cliente/usuário e informativos aos clientes e usuários;

V - encaminhar mensalmente à **Secretaria Municipal de Saúde de Capivari**, a escala dos plantonistas e dos médicos especialistas que trabalharão no mês subsequente;

**Secretaria da Saúde**

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
CEP 13360-000 | Capivari-SP  
(19) 3492-8200  
saudedir@capivari.sp.gov.br



VI – manter, um profissional de enfermagem de nível superior 24(vinte e quatro) horas por dia, para o acolhimento dos pacientes e classificação de risco;

VII – envio dos registros de atendimentos e/ou notificações dos acidentes de trabalho, de acordo com legislação específica; e,

VIII - disponibilização das Fichas de Atendimento Ambulatorial para avaliação pelo órgão municipal de auditoria de acordo com a solicitação.

### **CLÁUSULA OITAVA DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE**

O Convênio contará com uma Comissão de Acompanhamento.

§1º - A composição desta Comissão será constituída por dois representantes da **CONVENIADA** e dos municípios de Elias Fausto, Mombuca e Rafard e até cinco da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari, devendo reunir-se uma vez por mês. Todas as reuniões deverão estar registradas em ata.

§ 2º - As atribuições desta Comissão serão a de acompanhar a execução do presente convênio, principalmente no tocante aos seus custos, no cumprimento das metas estabelecidas no Convênio e à avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários.

§ 3º - A Comissão de Acompanhamento do convênio será criada por meio de Decreto outorgado pelo Chefe do Executivo Municipal até quinze dias após a assinatura deste termo, cabendo a **CONVENIADA**, neste prazo, indicar à **Secretaria Municipal de Saúde de Capivari** os seus representantes.

§ 4º - A **CONVENIADA** fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

§ 5º - A existência da Comissão mencionada nesta Cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual e/ou municipal).

### **CLÁUSULA NONA DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

A **CONVENIADA** obriga-se a encaminhar à **Secretaria Municipal**

Secretaria da Saúde

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
CEP 13360-000 | Capivari-SP  
(19) 3492-8200  
saudedir@capivari.sp.gov.br



de Saúde de Capivari, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

I - relatório mensal das atividades desenvolvidas até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente à realização dos serviços, contendo informações sobre o número de atendimentos realizados, tipo de atendimento, atendimentos de enfermagem, número de procedimentos realizados pela enfermagem, número de pacientes não atendidos, número de especialistas acionados;

II - encaminhar para o faturamento os documentos necessários dos serviços efetivamente prestados;

III - comprovante de lista de presença (livro ponto, folha de frequência ou outro, contendo assinatura e carimbo do médico que realizou o plantão) dos 2 (dois) médicos que fizeram plantão no atendimento de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA no mês anterior, já no primeiro dia útil do mês subsequente;

IV - relatório de atendimento dos médicos especialistas contendo a especialidade e data do atendimento;

V - relatório da enfermagem contendo o número total de atendimentos realizados por dia, classificação de urgência e emergência, informar a média do tempo de espera, horário de pico dos atendimentos, número de pacientes classificados através da triagem e classificação de risco (contendo porcentagem da situação e queixa);

VI - manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) ou outro sistema de informações que venha a ser implantado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

## **CLÁUSULA DÉCIMA DAS PENALIDADES**

A inobservância por parte da **CONVENIADA** de quaisquer das cláusulas deste CONVÊNIO importará em sua imediata rescisão, acarretando o cancelamento automático do repasse concedido, sem direito a qualquer indenização, caso em que responderá por multa de 2% (dois por

Secretaria da Saúde

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
CEP 13360-000 | Capivari-SP  
(19) 3492-8200  
saudedir@capivari.sp.gov.br



cento) sobre o montante do convênio.

§ 1º - A ausência de médico para atendimento às URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS acarretará em penalidade a **CONVENIADA** em R\$ 1.000,00 (um mil reais), a cada constatação de falta de cada médico no PRONTO ATENDIMENTO, sofrendo a mesma penalidade no caso de falta de atendimento pelo especialista escalado em disponibilidade, dentro das áreas abrangidas pelo convênio, quando o caso concreto de atendimento exigir, sendo o valor apurado já descontado do próximo pagamento e ser realizado.

§ 2º - O atraso do pagamento pelo **MUNICÍPIO** referido na Cláusula Sexta, implicará na cobrança de multa de 2% e juros de mora.

§ 3º - Caso a **CONVENIADA** tenha recebido, integral ou parcialmente, o montante do repasse a ela destinada e venha a descumprir as condições ora estipuladas, ficará obrigada a devolver, integralmente, o montante dos recursos, dentro de 30 (trinta) dias da rescisão, acrescida de multa no importe de 2% (dois por cento) sobre o seu montante.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do CONVÊNIO será 12 (doze) meses, podendo ser renovado ou prorrogado, a critério das partes, e mediante disposição de vontade expressa em documento, iniciando em 21 de Janeiro de 2018.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**

As despesas, com a execução deste CONVÊNIO, no presente exercício, correrão por conta da seguinte dotação:

SECRETARIA DA SAÚDE – Recursos próprios  
Manutenção do Pronto Socorro  
Contribuições Ficha 270

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

Fica eleito o foro desta Comarca de Capivari para dirimir dúvidas ou litígios que, eventualmente, possam surgir na execução do presente CONVÊNIO.

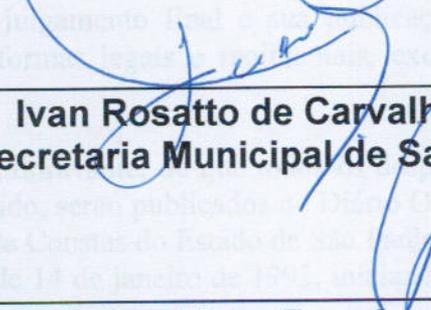
Secretaria da Saúde | Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
CEP 13360-000 | Capivari-SP  
(19) 3492-8200  
saudedir@capivari.sp.gov.br

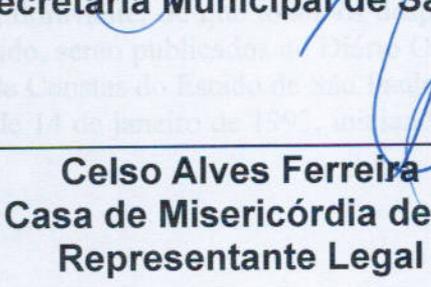


E por estarem assim justas e conveniadas, nessa e na melhor forma de direito, vai assinado o presente instrumento, em 5 (cinco) vias, de igual teor, juntamente com as testemunhas abaixo, para que surta seus efeitos legais.

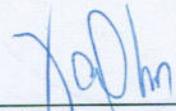
Capivari / SP, 21 Janeiro de 2018.

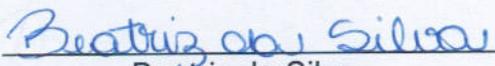
  
\_\_\_\_\_  
**RODRIGO ABDALA PROENÇA**  
Prefeito Municipal

  
\_\_\_\_\_  
**Ivan Rosatto de Carvalho**  
Secretaria Municipal de Saúde

  
\_\_\_\_\_  
**Celso Alves Ferreira**  
Santa Casa de Misericórdia de Capivari  
Representante Legal

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
Valter Luiz de Albuquerque  
RG. 7.902.607-2 – SSP/SP

  
\_\_\_\_\_  
Beatriz da Silva  
RG. 39.002.209-3 – SSP/SP