

*Termo de Colaboração 008/2023
que entre si celebram a Prefeitura
Municipal de Capivari/SP e a
Santa Casa de Misericórdia de
Capivari/SP.*

Prefeitura Municipal de Capivari/SP, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 44.723.674/0001-90, com endereço a Rua XV de Novembro, nº 639, Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal o **Sr. VITOR HUGO RICCOMINI**, brasileiro, casado, Empresário, portador de cédula de identidade RG nº 42.968.348-0 e inscrito no CPF nº 224.421.718-30, residente e domiciliado na Rua Luíza Costa Ferreira Sampaio, nº 395, Chácara Clemente, Capivari/SP, e pela sua **Secretaria Municipal da Saúde**, entidade de direito público interno, situada na Rua Padre Haroldo, 553, Centro, neste ato, representada pela Secretária Municipal da Saúde, **Sra. Vlândia de Freitas Guimarães**, brasileira, divorciada, servidora pública, portadora do RG nº 24.230.498-9 e inscrita no CPF nº 245.505.518-36, doravante denominado Município, e do 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. Valter Luiz de Albuquerque**, brasileiro, casado, gerente administrativo, portador da cédula de identidade RG nº 7.909.607-2 SSP/SP, CPF/MF nº 873.737.778-72, domiciliado na Rua Ismael Bueno de Oliveira, 160, Boa Vista, Capivari/SP, doravante denominada HOSPITAL, tendo em vista o que dispõe o art. 45 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, que

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Padre Haroldo, 553, Centro, Capivari/SP - 13.360-059 | (19) 3492-8201 | www.capivari.sp.gov.br

At 8 dr.
[Handwritten signature]

reger-se-á pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014 e suas alterações, no que couber, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente termo de colaboração tem por objeto a transferência de recursos financeiros que serão utilizados para custear a construção de uma Sede Administrativa na Santa Casa de Misericórdia de Capivari, consoante o Plano de Trabalho, parte integrante indissociável deste ajuste.

PARÁGRAFO ÚNICO – O plano de trabalho poderá ser revisto para suplementação de valores ou de metas, mediante termo aditivo, respeitada a legislação vigente e após proposta previamente justificada pela ENTIDADE, sendo vedada a alteração do objeto.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

I – Do município:

- a) Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados e pela correta aplicação dos recursos repassados;
- b) Prestar apoio necessário e indispensável à **ENTIDADE** para que seja alcançado o objeto da parceria em toda sua extensão e no tempo devido;
- c) Repassar a **ENTIDADE** os recursos financeiros previstos para a execução do objeto da parceria, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto;

SECRETARIA DA SAÚDE



- d) Manter, em seu sítio eletrônico, a relação das parcerias celebradas, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;
- e) Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria;
- f) Analisar os relatórios gerenciais financeiros e de resultados;
- g) Analisar as prestações de contas encaminhadas pela **ENTIDADE** de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis.

II - Da entidade:

- a) Apresentar relatórios de execução do objeto - relatório de atividade e de execução financeira - Acompanhamento contábil-financeiro, elaborados por meio de formulário próprio e/ou do município e contendo:
 - 1. Comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhado de justificativas para todos os resultados não alcançados e propostas de ação para superação dos problemas enfrentados;
 - 2. Demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução;
- b) Prestar contas da totalidade das operações patrimoniais e resultados da parceria, de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;
- c) Zelar pela boa qualidade das ações e serviços prestados, buscando alcançar os resultados pactuados de forma otimizada;
- d) Disponibilizar ao cidadão, na sua página na internet ou, na falta desta, em sua sede, consulta ao extrato deste termo de colaboração, contendo pelo menos, o objeto, a finalidade e o detalhamento da aplicação dos recursos.

SECRETARIA DA SAÚDE

[Handwritten signature and initials]

e) Manter registro, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios;

f) Permitir e facilitar o acesso de agentes do **MUNICÍPIO**, dos auditores, membros do Conselho Municipal da Saúde e demais órgãos de fiscalização interna e externa, a todos os documentos relativos à execução do objeto da parceria;

g) Responsabiliza-se pela legalidade e regularidade das despesas realizadas para a execução do objeto da parceria, pelo que responderá diretamente perante o **MUNICÍPIO** e demais órgãos incumbidos da fiscalização nos casos de descumprimento;

h) Responsabilizar-se pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito as despesas de custeio, de investimento e de pessoal.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO

I. A administração pública promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria.

II. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

a) - Descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

b) - Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

SECRETARIA DA SAÚDE

- c) - Valores efetivamente transferidos pela administração pública;
- d) - Análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentadas na prestação de contas;
- e) - Análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles internos e externos, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante total de recursos a serem empregados na execução do objeto do presente Termo de Colaboração é de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), que serão transferidos durante a vigência do presente Termo.

O valor previsto poderá ser alterado, de comum acordo entre o **MUNICÍPIO** e a **ENTIDADE**, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

- 06 - Secretaria da Saúde
- 06.01 - Fundo Municipal de Saúde – FMS
- 4.4.50.42 - Auxílios
- 10 - Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE

302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial

0160 - Repasse de auxílios para Santa Casa de Misericórdia de Capivari

1221 - Construção do Centro Administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Capivari

300001 - Saúde - Recursos Próprios

1505 - Construção do Centro Administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Capivari

CLÁUSULA SEXTA - DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS

A **ENTIDADE** se compromete a encaminhar ao **MUNICÍPIO SECRETARIA**, ao final da execução do Plano de Trabalho, os seguintes documentos ou informações:

I – entrega dos documentos comprobatórios conforme plano de trabalho das metas estabelecidas:

a) Comprovação das estratégias: cópia do manual do colaborador; certificado de cursos e palestras; cópia dos contratos; prestação de contas; cópia do relatório com indicadores; cópia da auditoria realizada no período; e apresentação dos dados contábeis.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1 – A prestação de contas apresentada pela **ENTIDADE**, deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, até o final da execução do Plano de Trabalho, a exemplo, dentre outros, das seguintes informações e documentos:

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Padre Haroldo, 553, Centro, Capivari/SP - 13.360-059 | (19) 3492-8201 | www.capivari.sp.gov.br



I. Extrato da conta bancária específica;

II. Notas e comprovantes fiscais, inclusive recibos, com data do documento, valor, dados da Entidade e número do instrumento da parceria;

III. Comprovante do recolhimento do saldo da conta bancária específica, quando houver;

7.2 – A prestação de contas relativa à execução do termo de colaboração dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, bem como dos seguintes relatórios:

I. Relatório de execução do objeto, elaborado pela Entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

II. Relatório de execução financeira do termo de colaboração, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

O presente termo de colaboração poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo **MUNICÍPIO** quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

I - pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pelo **MUNICÍPIO**;

II - pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes do **MUNICÍPIO** ou do Ministério da Saúde;

SECRETARIA DA SAÚDE

III - pela não entrega dos relatórios mensais e anuais; e

IV - pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

§ Único - O **Conselho Municipal de Saúde** deverá manifestar-se sobre a rescisão deste termo de colaboração, devendo avaliar os prejuízos que esse fato poderá acarretar para a população.

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

Caso ocorra ato em desacordo com o plano de trabalho, o **MUNICÍPIO** poderá aplicar as sanções previstas no art. 73 da lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, bem como de legislação específica.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, principalmente as referentes ao Plano de Trabalho, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

A **SECRETARIA** providenciará a publicação do extrato do presente termo de colaboração no Diário Oficial Municipal, de conformidade com o disposto no artigo 38, da Lei Federal 13.019, de 31 de julho de 2014 e na forma da legislação Estadual.

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Padre Haroldo, 553, Centro, Capivari/SP - 13.360-059 | (19) 3492-8201 | www.capivari.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DA VIGÊNCIA

O presente instrumento tem vigência de 05 de setembro de 2023 a 31 de dezembro de 2023, podendo ser renovado ou prorrogado, a critério das partes e mediante disposição de vontade expressa em documento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Capivari, Estado de São Paulo, para dirimir questões sobre a execução do presente convênio e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes, nem pelo Conselho Municipal e Estadual de Saúde.

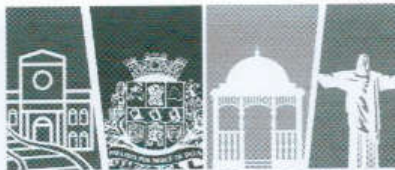
E, por estarem, assim, justo e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Capivari/SP, 05 de setembro de 2023.



Vitor Hugo Riccomini
Prefeito Municipal

SECRETARIA DA SAÚDE



PREFEITURA DE
CAPIVARI
Transformando o presente, construindo o futuro

Vlândia de Freitas Guimarães
Secretaria Municipal da Saúde

Valter Luiz de Albuquerque
Santa Casa de Misericórdia de Capivari-SP

TESTEMUNHAS:

Antonio Valter Carlos da Rocha

RG: 8.456.108-7

Ingra de Moraes

RG: 39.923.210-X

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Padre Haroldo, 553, Centro, Capivari/SP - 13.360-059 | (19) 3492-8201 | www.capivari.sp.gov.br