



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

1

**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM  
O MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS E O HOSPITAL DE  
MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS, ENTIDADE SEM  
FINS LUCRATIVOS (FILANTRÓPICA) CONFORME  
OBJETO CONSTANTE DESTES TERMO QUE  
COMPREENDE AS DESPESAS CONTRAÍDAS E  
EXECUTADAS ENTRE O PERÍODO DE 01 DE JULHO  
DE 2017 A 30 DE JUNHO DE 2018.**

**TERMO DE CONVENIO 001/2017**

**VALOR: R\$ 5.712.000,00**

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o **MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS**, com sede na Rua Major Garcia nº 144, Bairro: Centro - CEP 14350-000, na cidade de Altinópolis, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ sob nº 45.298.569/0001-13, neste ato representado pelo seu Prefeito, JOSÉ ROBERTO FERRACIN MARQUES, brasileiro, casado, empresário, portador da Cédula de Identidade RG/SSPSP nº 19.374.004-7 e CPF/MF nº 141.011.718-90 e pela sua **Secretaria Municipal da Saúde**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 11.600.927/0001-89, situada na Rua Major Garcia nº100, através de seu Secretário Sr. **IVANO JOSÉ ZUCCOLOTTO FILHO** brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador da carteira de identidade RG nº 16.555.801-5, expedida pela Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo e inscrita no CPF/MF sob nº 099.933.918-40, doravante denominado



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

2

“MUNICÍPIO” e de outro lado, o **HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS**, entidade sem fins lucrativos (filantropia) CNPJ nº 56.889.595/0001-32, inscrito no CREMESP sob nº 902621.5, em 11/09/84, cadastrado no CNES sob o nº 2716593, com endereço na cidade de Altinópolis-SP, à Rua Cel. Joaquim Alberto nº 421, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Altinópolis, em 13/07/94, sob nº 94, fls. 85v. a 88v., neste ato representado por seu Provedora, **Sra. Regina Ramos dos Reis**, brasileira, casada, contabilista, portadora da carteira de Identidade RG nº 7.148.382-7 expedida pela Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo e inscrito no CPF/MF sob nº 016.241.188-01, doravante denominado “**CONVENIADO**”, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; a Lei Complementar 141/2012; Portaria/Ministério da Saúde nº 1034, de 05 de maio de 2010; as Leis Federais nºs. 8.080/90, 8.142/90 e 8.666/93 e alterações posteriores e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, inclusive o Decreto Municipal nº 116, de 14 de dezembro de 2015, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

O presente convênio tem por objeto integrar o **CONVENIADO** ao Sistema Único de Saúde – SUS e definir a sua inserção



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

3

na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região da saúde na qual o **CONVENIADO** está inserido, e conforme Plano Operativo anexo, previamente definido, entre as partes observada a sistemática de referência e contra referência do Sistema único de Saúde, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgências/emergências quando for o caso.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Os serviços ora conveniados compreendem a utilização, pelos usuários do SUS, da capacidade executada do **CONVENIADO**, incluídos as instalações físicas (prédio), os equipamentos médico-hospitalares e o pessoal do quadro e contratados, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com entidades privadas será permitida, desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em, pelo menos 60% dos leitos ou serviços prestados e, atingidas as metas de produção discriminadas no Plano Operativo que integra o presente convênio.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

***DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO.***

Para atender ao objeto deste convênio, o **CONVENIADO** se obriga a realizar duas espécies de internação:

I - eletiva;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

4

II - emergência ou de urgência.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A internação eletiva somente será efetuada pelo **CONVENIADO** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional do SUS, ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A internação de emergência ou de urgência será efetuada pelo **CONVENIADO** sem a exigência previa de apresentação de qualquer documento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Nas situações de urgência ou de emergência o médico do **CONVENIADO** procederá ao exame do paciente e avaliara a necessidade de internação, emitindo laudo médico que será enviado, no prazo de 02 (dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS para autorização de emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), também no prazo de 02 (dois) dias úteis.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Na ocorrência de dúvida, ouvir-se-á o **CONVENIADO** no prazo de 02 (dois) dias, emitindo-se parecer conclusivo em 02 (dois) dias.

**CLÁUSULA TERCEIRA**

**DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

5

Para o cumprimento do objeto deste convênio, o **CONVENIADO** se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

**I - Assistência médico-ambulatorial.**

1. atendimento médico, que integra o presente convenio, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de Pronto atendimento, urgência e/ou emergência, compreendendo os enumerados nos itens I e II da Clausula Segunda;
2. assistência social;
3. assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição, e outras, quando indicadas.
4. serviços de apoio diagnostico e terapêutico (SADT).

**II - Assistência técnico-profissional e hospitalar:**

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação;
2. assistência por equipes medica especializada, de enfermagem e pessoal auxiliar;
3. tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com a listagem do Sistema Único de Saúde - RENAME;
4. fornecimento de sangue e hemoderivados;
5. utilização de materiais e insumos necessários ao atendimento;



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS**

**Rua: Major Garcia, 100.**

**Fone: 36659557**

**e-mail: secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br**

6

6. procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
7. utilização dos serviços gerais;
8. fornecimento de roupa hospitalar;
9. diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, respeitados os direitos do acompanhante, para casos previstos em lei, ou por necessidade do paciente.
10. alimentação com observância das dietas prescritas;
11. procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento do paciente, de acordo com a capacidade executada, respeitando sua complexidade.

**CLÁUSULA QUARTA  
DAS CONDIÇÕES GERAIS**

Na execução do presente convenio, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

- I - o acesso ao SUS far-se-á 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, ressalvadas as situações de urgência e emergência;
- III - gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste convênio;



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS**

**Rua: Major Garcia, 100.**

**Fone: 36659557**

**e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)**

7

IV – a prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos;

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

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

VII - estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse convênio.

**CLAUSULA QUINTA  
DOS ENCARGOS COMUNS**

São encargos comuns dos partícipes:

- a) elaboração de protocolos técnicos e de encaminhamento para as ações de saúde;
- b) elaboração do Plano Operativo;
- c) educação permanente de recursos humanos;
- d) aprimoramento da atenção a saúde.

**CLÁUSULA SEXTA  
DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS**

São encargos dos partícipes:

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page, including a large signature, a circled 'R', and several other initials and names.



I – do **CONVENIADO**:

Cumprir as metas quantitativas e qualitativas especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste convênio.

II – do **CONVENENTE**:

- a) transferir os recursos previstos neste convenio ao **CONVENIADO**, conforme Cláusulas Décima Primeira e Décima Segunda deste ajuste.
- b) controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços conveniados;
- c) estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde,
- d) analisar os relatórios elaborados pelo **CONVENIADO**, comparando-se as metas descritas Plano Operativo com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**DO PLANO OPERATIVO ANUAL**

O Plano Operativo Anual, parte integrante deste convenio, e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela **Secretaria Municipal de Saúde** pelo **CONVENIADO**, que deverá conter:

- I - todas as ações e serviços objeto deste convenio;
- II - definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

9

diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra referência;

III - definição das metas de qualidade;

IV - descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aquelas referentes:

a) ao Sistema de Apropriação de Custos;

b) a prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos pelo **MUNICÍPIO**;

c) ao trabalho de equipe multidisciplinar;

d) ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção a saúde;

e) ao funcionamento adequado dos comitês de avaliação de mortalidade por grupo de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal (comissão de óbito);

f) a implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento;

g) elaboração de painel de indicadores de acompanhamento de desempenho institucional.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Plano Operativo anual 2017 terá validade de 12 (doze) meses.

**CLÁUSULA OITAVA**

**DOS PROFISSIONAIS DO CONVENIADO**

*Handwritten notes:*  
A  
Lual  
Mista



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

10

Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do **CONVENIADO** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3 do parágrafo primeiro, desta cláusula, são admitidos nas dependências do **CONVENIADO** para prestar serviços.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para os efeitos deste convenio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONVENIADO**:

- 1 - o membro de seu corpo clínico;
- 2 - o profissional que tenha vínculo de emprego com o **CONVENIADO**.
- 3 - o profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços ao **CONVENIADO** ou por este, autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Equipara-se ao profissional autônomo definido no item 3 a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - No tocante a internação e ao acompanhamento do paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

- 1 - os pacientes serão internados em enfermaria ou quarto com o número máximo de leitos previsto nas normas técnicas para hospitais;
- 2 - e vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida ao paciente/SUS;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

11

3 –o **CONVENIADO** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONVÊNIO**;

4 - nas internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, e assegurada à presença de acompanhante, em tempo integral, no hospital, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do dooso, podendo o **CONVENIADO** acrescer a conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar, exercidos pela **Secretaria Municipal de Saúde** sobre a execução do objeto deste convênio, os Convenientes reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida ao **CONVENIADO**.

**PARÁGRAFO QUINTO** - E de responsabilidade exclusiva e integral do **CONVENIADO** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONVÊNIO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **MUNICÍPIO** ou para o **Ministério da Saúde**.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

12

**PARÁGRAFO SEXTO – O CONVENIADO** se obriga a informar, diariamente, a **Secretaria Municipal de Saúde**, o número de vagas de internação disponíveis, a fim de manter atualizado o sistema de regulação do **SUS/SECRETARIA**.

**PARÁGRAFO SÉTIMO - O CONVENIADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos conveniados, ainda que, por falta ocasional de leito vago em enfermaria, tenha a entidade **CONVENIADA** de acomodar o paciente em instalação de nível superior a ajustada neste convênio, sem direito a cobrança de sobre preço.

**PARÁGRAFO OITAVO - O CONVENIADO** fica exonerado da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a (90) noventa dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

## CLÁUSULA NONA

### OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

**O CONVENIADO** se obriga a:

I - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, conforme legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, contendo os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;



- b) Nome do hospital;
- c) Localidade (Estado e Município);
- d) Motivo da internação;
- e) Data da internação;
- f) Data da alta médica;
- g) Tipo de Órtese, Prótese, Material e Procedimentos Especiais utilizados, quando for o caso;
- h) Diagnóstico atualizado pelo Código Internacional de Doenças – CID, na versão vigente à época da alta;
- i) O cabeçalho do documento conterà o seguinte esclarecimento: “Esta conta deverá ser paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada a cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título.”

II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

IV - Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

V - Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convenio;

VI - Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

14

VII - Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VIII - Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

IX - Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

X - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;

XI - Manter em pleno funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Análise de Óbitos;

XII - Instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infra legal independentemente de notificação pela **Secretaria Municipal de Saúde**;

XIII - Notificar o **MUNICÍPIO**, por sua instância situada na jurisdição do **CONVENIADO**, de eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60(sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

XIV - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, dos profissionais que prestam serviços para o estabelecimento e fornecer ao gestor municipal os dados necessários a atualização das demais informações sobre área física, equipamentos e outros;

XV - submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, ou qualquer outro Programa que venha a ser adotado pelo gestor;

XVI - submeter-se a regulação instituída pelo gestor;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

15

XVII- obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

XVIII- atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Estadual de Humanização;

XIX- submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;

XX- submeter-se as regras e normativas do SUS, do Ministério da Saúde e da **Secretaria Estadual da Saúde;**

XXI- para efeito de remuneração, os serviços contratados, deverão utilizar como referencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS);

XXII- obrigar-se a apresentar o faturamento ambulatorial e/ou hospitalar utilizando os sistemas oficiais e as versões disponibilizadas pelo Ministério da Saúde/DATASUS, em cumprimento ao cronograma de entrega definido pelo Ministério da Saúde;

XXIII- os registros dos atendimentos ambulatoriais e/ou hospitalares, realizados em um determinado mês, devem ser apresentados no inicio da competência seguinte, conforme cronograma da **Secretaria Municipal de Saúde.**

### CLÁUSULA DÉCIMA

### DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONVENIADO

**O CONVENIADO** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados,



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

16

decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligencia, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **CONVENIADO** o direito de regresso.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste **CONVÊNIO** pelos órgãos competentes do SUS, não exclui, nem reduz, a responsabilidade do **CONVENIADO** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e demais legislação existente.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A responsabilidade de que trata esta Clausula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

**DO RECURSO PROVENIENTE DO MINISTÉRIO DA  
SAÚDE – FNS**

O **CONVENIADO** recebera, mensalmente, do **MUNICÍPIO**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, os recursos provenientes do **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE**, parte integrante do teto do município de Altinópolis/SP, que serão repassados na seguinte conformidade:





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

17

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS** tem o valor anual estimado em **R\$ 1.209.517,20** (um milhão, duzentos e nove mil, quinhentos e dezessete reais e vinte centavos), correspondentes a **R\$100.793,10** (cem mil, setecentos e noventa e três reais e dez centavos) mensais, constante na FPO – Ficha de Programação Orçamentária, sendo o **valor fixo** para os procedimentos de **MÉDIACOMPLEXIDADE**.

I – Estão estimados os valores referentes ao **IAC**, o qual possui valor anual de **R\$ 494.988,72** (quatrocentos e noventa e quatro mil, novecentos e oitenta e oito reais e setenta e dois centavos) e mensal de **R\$ 41.249,06** (quarenta e um mil, duzentos e quarenta e nove reais e seis centavos).

Não está inserida no valor total do convênio, a estimativa de transferências para os serviços identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo **FUNDO NACIONAL DE SAUDE**, que poderão ser repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Os repasses mensais dos recursos pelo Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde ao Fundo Municipal da Saúde/Secretaria Municipal da Saúde, previstos no parágrafo primeiro desta cláusula como **valor fixo**, correspondente a **R\$100.793,10** (cem mil, setecentos e noventa e três reais e dez centavos), bem como os valores relativos ao **IAC** **R\$ 41.249,06** (quarenta e um mil, duzentos e quarenta e nove



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

18

reais e seis centavos).serão efetivados até o 20º dia útil do mês subseqüente ao mês da prestação dos serviços e que deverão ser repassados ao **CONVENIADO** pelo Fundo Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde até 03 (três) dias após.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - As metas dispostas no Plano Operativo Anual 2017, parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas por uma comissão composta por representantes designados pela Secretaria Municipal de Saúde, cabendo ao **CONVENIADO** fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Os valores de que trata o Parágrafo Primeiro serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Os procedimentos atualmente financiados com recursos do FNS - Média e Alta Complexidade, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de media complexidade terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de media complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A comissão de avaliação citada no Parágrafo terceiro deveser criada pela Secretaria Municipal de Saúde, em ate 15 (quinze) dias apos a assinatura desse termo, cabendo ao **CONVENIADO**,



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS  
Rua: Major Garcia, 100.  
Fone: 36659557  
e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

19

neste prazo, indicar a Secretaria Municipal de Saúde o nome dos seus representantes.

**PARÁGRAFO SÉTIMO - O CONVENIADO** obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH / SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela Secretaria Municipal da Saúde.

**PARÁGRAFO OITAVO-** Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos anualmente, quando da renovação do Plano Operativo Anual 2018, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordadas.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DO RECURSO MUNICIPAL

Além dos recursos financeiros destacados na clausula décima primeira, necessários a cobertura parcial das despesas previstas neste convenio, o **MUNICÍPIO** repassara, ao **CONVENIADO**, recursos complementares, onerando o Tesouro do Município, no valor fixado em **R\$ 4.007.494,08 (quatro milhões e sete mil, quatrocentos e noventa e quatro Reais e oito centavos)** no ano correspondente a **R\$ 333.957,84 (trezentos e trinta e três mil, novecentos e cinquenta e sete Reais e oitenta e quatro centavos)** mensais *CONFORME CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO CONSTANTE DO PLANO OPERATIVO – PARTE ANEXA DESTA INSTRUMENTO.*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

20

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Os recursos públicos oriundos de fonte federal ou municipal, transferidos pelo **MUNICÍPIO** ao **CONVENIADO** serão exclusivamente utilizados dentro da programação orçamentária e financeira elaborada precedente ao início do exercício da vigência do convênio e devidamente pactuada pelos convenentes.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Qualquer alteração orçamentária e financeira ocorrida após o início de vigência deste instrumento deverá ser submetida à apreciação e aprovação das partes convenentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

**OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS  
PROVENIENTES DO MINISTÉRIODA SAÚDE**

As despesas dos serviços realizados por força deste convênio, nos termos e limites do documento “Autorização de Pagamento” fornecido pelo Ministério da Saúde, correrão, no presente exercício, a conta de dotação consignada nos orçamentos do Ministério da Saúde, responsável pela cobertura dos serviços conveniados, devendo onerar o programa de trabalho **10.302.0930 – ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS.**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A Secretaria Municipal da Saúde, mediante Autorização de Pagamento é a unidade orçamentária responsável pelo repasse de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde para o pagamento dos serviços conveniados de “Media Complexidade,



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

21

Estratégicos e dos Incentivos”, previstos na Clausula Décima Primeira, Parágrafos Primeiro, Segundo e Terceiro, ate o montante declarado em documento administrativo – financeiro fornecido pelo Ministério da Saúde ao **MUNICÍPIO**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO-** Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão a contadas dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos nos orçamentos da Secretaria Municipal da Saúde e do Ministério da Saúde.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**  
**DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE**  
**PAGAMENTO**

A prestação de contas, bem como o pagamento pela execução dos serviços conveniados, observará as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde, na seguinte conformidade:

**I - OCONVENIADO** apresentará, mensalmente, à Secretaria Municipal de Saúde, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde;

**II - A Secretaria Municipal da Saúde** revisará as faturas e documentos recebidos do **CONVENIADO**, procederá ao pagamento das ações de Media Complexidade e Estratégicos, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, observando, para tanto, as diretrizes e normas

*[Handwritten signatures and initials]*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

22

emanadas pelo próprio Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS, exceto para os estabelecimentos de saúde autorizados como órgão emissor de AIH;

IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue, ao **CONVENIADO**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor da **Secretaria Municipal da Saúde**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

V - Na hipótese da **Secretaria Municipal da Saúde** não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pelo **CONVENIADO**, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

VI - As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferencia técnica e administrativa, serão devolvidas ao **CONVENIADO** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal da Saúde. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa da **Secretaria Municipal da Saúde**, esta garantirá ao **CONVENIADO** o pagamento no prazo avençado neste termo de **CONVÊNIO**, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças ocorridas no



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

23

pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de multa e sanções financeiras;

**VIII** - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS;

**IX** – As prestações de contas dos recursos repassados pelo **MUNICÍPIO** que oneram o **TESOURO DO MUNICÍPIO** obedecerão as Instruções estabelecidas pelas Instruções n. 02/2016 (TC-A-011476/026/16) emitida pelo Egrégio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA**  
**DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E**  
**FISCALIZAÇÃO.**

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convenio, a verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O convênio contará com uma Comissão de Acompanhamento, cuja composição será constituída por representantes do **CONVENIADO** e da Secretaria Municipal de Saúde, devendo reunir-se uma vez por quadrimestre.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

24

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – As atribuições desta Comissão serão de acompanhamento à execução do presente convênio, principalmente no tocante aos seus custos, no cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operativo.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – A Comissão de Acompanhamento do Convênio será criada pela Secretaria Municipal de Saúde até 15 (quinze) dias após a assinatura deste termo, cabendo ao **CONVENIADO** neste prazo, indicar os seus representantes.

**PARÁGRAFO QUARTO** – O **CONVENIADO** fica obrigado a disponibilizar à Comissão de Acompanhamento do Convênio todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades.

**PARÁGRAFO QUINTO** – A existência da Comissão mencionada nesta cláusula não impede ou substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (âmbito federal, estadual ou municipal).

**PARÁGRAFO SEXTO** - Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

**PARÁGRAFO SÉTIMO**- Anualmente, a **Secretaria Municipal da Saúde** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do **CONVENIADO**, comprovada por ocasião da assinatura deste convênio.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

25

**PARÁGRAFO OITAVO** - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **CONVENIADO** poderá ensejar a não prorrogação deste convenio ou a revisão das condições ora estipuladas.

**PARÁGRAFO NONO** - A fiscalização exercida pela **Secretaria Municipal da Saúde** sobre os serviços ora conveniados não eximirão **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTERIO DA SAUDE/MUNICÍPIO** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do convenio.

**PARÁGRAFO DÉCIMO** – **OCONVENIADO** facilitará à **Secretaria Municipal da Saúde**, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **SECRETARIA** designados para tal fim.

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO** - Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONVENIADO** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito a interposição de recursos.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

26

O **CONVENIADO** obriga-se a encaminhar à **Secretaria Municipal da Saúde**, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

- a) relatório mensal das atividades desenvolvidas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a realização dos serviços, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento;
- b) aos serviços efetivamente prestados até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente;
- c) relatório anual até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses da assinatura do presente termo, contendo informações sobre a execução do presente convenio;
- d) manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA**  
**DA RESCISÃO**

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

- a) pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela **Secretaria Municipal da Saúde**;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

27

- b) 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;
- c) pela não entrega dos relatórios mensais e anuais;
- d) pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Este convênio poderá ser rescindo total ou parcialmente pelo **CONVENIADO** quando ocorrer o atraso nos repasses financeiros pelos serviços prestados por mais de 90 (noventa) dias.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O Conselho Municipal de Saúde deverá se manifestar sobre qualquer possibilidade de rescisão do presente convênio, devendo avaliar os prejuízos que este fato poderia acarretar para a população.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA  
DA DENÚNCIA**

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente convênio, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízos a saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 dias para o encerramento deste convenio.

**CLÁUSULA DÉCIMA NONA**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

28

### DOSCASOS 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 Operativo, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA DA PUBLICAÇÃO

A **Secretaria Municipal de Saúde** providenciará a publicação do presente convênio, por extrato, no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por períodos iguais e sucessivos, mediante termo aditivo, até o limite de 60 (sessenta) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A continuidade da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do convênio, estipulado no *caput*, fica condicionada a aprovação das



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS

Rua: Major Garcia, 100.

Fone: 36659557

e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

29

dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde, bem como, na Lei Orçamentária Anual - LOA da Prefeitura Municipal de Altinópolis.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

### DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO FEDERAL

O não cumprimento pelo **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTERIO DA SAUDE** da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste convênio, nos valores e prazos fixados no parágrafo terceiro da cláusula décima primeira, transfere para o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** a obrigação de antecipar o repasse desses recursos nos mesmos valores e prazos, para garantia da continuidade da prestação dos serviços ora conveniados, os quais são de responsabilidade do **MINISTERIO DA SAUDE** para todos os efeitos legais.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Ocorrendo a antecipação dos repasses dos recursos pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** consignada no “caput” desta cláusula, fica assegurado ao **MUNICIPIO DE ALTINÓPOLIS** a compensação dessa antecipação quando da regularização pelo **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTERIO DA SAUDE** do cumprimento da obrigação pelos repasses conveniados de sua competência.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ALTINÓPOLIS  
Rua: Major Garcia, 100.  
Fone: 36659557  
e-mail: [secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br](mailto:secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br)

30

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

### I- DAS ALTERAÇÕES

O presente convênio poderá ser alterado mediante celebração de termo aditivo, ressalvado o seu objeto, que não poderá ser modificado.

### II- DAS PENALIDADES

Os convenientes acordam em fixar a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do convênio, que será suportada pela parte que se tornar inadimplente a quaisquer das cláusulas e condições nele estipuladas.

### III- DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

As transferências financeiras previstas neste convênio oneram os recursos do Fundo Municipal de Saúde, da **Secretaria Municipal de Saúde**, contidos nas seguintes classificações programática:

**FONTE 01 - TESOUREO MUNICIPAL: 06.02.00 10 302 7007 4075 01 310 0000 – despesa: 502.**

**FONTE 05 - TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS – VINCULADOS: 06.02.00 10 302 7007 4075 05 300 0067 – despesa: 512.**

### CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA



### DO FORO

Os partícipes elegem o Foro da Comarca de Altinópolis/SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente convênio que não puderem ser resolvidas por estes ou pelo Conselho Municipal da Saúde.

E por estarem os partícipes justos e acordados, firmam o presente convenio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de testemunhas, abaixo assinadas.


Altinópolis, 01 de julho de 2017

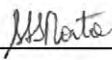
  
JOSÉ ROBERTO FERRACIN MARQUES

Prefeito

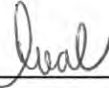
  
REGINA RAMOS DOS REIS

Provedora

  
IVANO JOSÉ ZUCCOLOTTO FILHO  
Secretário Municipal da Saúde  
Testemunhas:

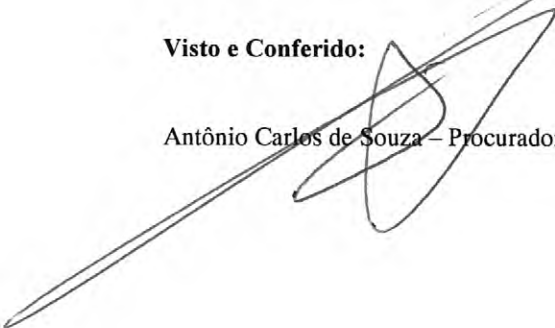
1.  \_\_\_\_\_


Samanta Asse dos Santos Porto  
CPF nº 277.394.188-89  
RG nº SSP/SP n. 29.306.676-0

2.  \_\_\_\_\_

Ariana Malaspina Crivelenti Garcia Leal  
CPF nº 278.945.618-60  
RG nº 26.593.819-3

Visto e Conferido:

  
Antônio Carlos de Souza – Procurador Municipal

  
Dr. Renato Chaves Pessoni  
Secr Adj Jurídico