

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 DESTE TERMO QUE COMPREENDE AS DESPESAS CONTRAÍDAS E EXECUTADAS ENTRE O PERÍODO DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DE 2026.

VALOR: R\$ 10.788.000,00

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, **HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG/SSPSP nº 43.533.525-X e CPF/MF nº 368.212.868-92 e pela **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. HUMBERTO DE ASSIS CASTRO**, brasileiro, casado, Secretário Municipal de Saúde, portador do RG nº 18.982.388-4 – SSP/SP e do CPF nº 145.594.438-66, doravante denominado “**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 Provedor, **Sr. JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA**, brasileiro, portador do RG nº 4.650.377-8 SSP/SP e do CPF nº 743.321.638-34, 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, 8142/90 e 14.133/21 e alterações posteriores e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, inclusive o Decreto Municipal nº 01, de 02 de janeiro de 2026, 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 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.

H. C. A.

CLÁUSULA SEGUNDA

DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO.

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

I - eletiva;

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 prévia 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

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 convênio, 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 diagnóstico 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;
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. *Handwritten initials: JF, MT*
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;
- 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 à saúde.

CLÁUSULA SEXTA

DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS

São encargos dos partícipes:

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 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 terá validade de 12 (doze) meses.

CLÁUSULA OITAVA **DOS PROFISSIONAIS DO CONVENIADO**

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 convênio, 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 - é vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida ao paciente/SUS;

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 idoso, 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 - É 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**.

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;

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;
- 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, decorrentes de ação ou omissão voluntaria, 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** receberá, 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:

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\$ 1.612.553,64** (um milhão, seiscentos e doze mil, quinhentos e cinquenta e três reais e sessenta e quatro centavos), correspondentes a **R\$ 134.379,47** (cento e trinta e quatro mil, trezentos e setenta e nove reais e quarenta e sete centavos) mensais, constante na FPO – Ficha de Programação Orçamentária, sendo o **valor fixo** para os procedimentos de **MÉDIACOMPLEXIDADE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO. 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 SAÚDE**, que poderão ser repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**.

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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**, serão efetivados até o 20º dia útil do mês subsequente 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 QUARTO - As metas dispostas no Plano Operativo Anual 2026, 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 QUINTO - Os valores de que trata o Parágrafo Primeiro serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

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

PARÁGRAFO SÉTIMO - A comissão de avaliação citada no Parágrafo terceiro deverá ser criada pela Secretaria Municipal de Saúde, em até 15 (quinze) dias após a assinatura desse termo, cabendo ao **CONVENIADO**, neste prazo, indicar a Secretaria Municipal de Saúde o nome dos seus representantes.

PARÁGRAFO OITAVO - 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 NONO- Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos anualmente quando da renovação do Plano Operativo Anual 2026, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DO RECURSO ESTADUAL – IGM SUS PAULISTA INTEGRAL

O presente convênio também será gerido com recursos financeiros de origem estadual, provenientes do **IGM SUS Paulista Integral**, repassados ao **MUNICÍPIO** por intermédio do **Fundo Estadual de Saúde** e alocados no Fundo Municipal de Saúde, nos termos da legislação estadual aplicável, das normas do Sistema Único de Saúde – SUS e das pactuações vigentes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O repassa do recurso proveniente do **IGM SUS Paulista Integral** tem o valor anual estimado em **R\$ 960.000,00** (novecentos e sessenta mil reais), correspondentes a **R\$ 80.000,00** (oitenta mil reais) mensais

PARÁGRAFO SEGUNDO. Os recursos estaduais de que trata esta cláusula deverão ser aplicados exclusivamente no custeio das ações e serviços de saúde previstos neste convênio, em conformidade com o Plano de Trabalho/Plano Operativo Anual, bem como observadas as normas de execução, acompanhamento, controle e prestação de contas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pelos órgãos de controle.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DO RECURSO MUNICIPAL

Além dos recursos financeiros destacados nas clausulas décima primeira e décima segunda, necessários a cobertura parcial das despesas previstas neste convênio, o **MUNICÍPIO** repassara, ao **CONVENIADO**, recursos complementares, onerando o Tesouro do Município, no valor fixado em **R\$ 8.215.446,36** (oito milhões, duzentos e quinze mil, quatrocentos e quarenta e seis reais e trinta e seis centavos) no ano, correspondente a **R\$ 684.620,53** (seiscentos e oitenta e quatro mil, seiscentos e vinte reais e cinquenta e três

centavos) mensais, *CONFORME CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO CONSTANTE DO PLANO OPERATIVO – PARTE ANEXA DESTE INSTRUMENTO.*

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos públicos oriundos de fonte federal, estadual 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 PRIMEIRO – Qualquer alteração orçamentária e financeira ocorrida após o início de vigência deste instrumento deverá ser submetida à apreciação e aprovação das partes convenentes.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os rendimentos oriundos das aplicações financeiras realizadas com os recursos transferidos em decorrência deste convênio, enquanto não utilizados, deverão ser obrigatoriamente empregados na execução do Plano de Trabalho, integrando o objeto do presente ajuste, vedada sua utilização para finalidade diversa.

PARÁGRAFO TERCEIRO. Os rendimentos financeiros integrarão a prestação de contas do convênio e deverão ser demonstrados de forma individualizada, com comprovação de sua aplicação exclusiva nas ações, metas e atividades previstas no Plano de Trabalho, observada a legislação vigente e as normas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA 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 **10.302.0019 2071 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.**

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, Estratégicos e dos Incentivos”, previstos na Clausula Décima Primeira, Parágrafos Primeiro, Segundo e Terceiro, até 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 SEXTA

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 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 conferência 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 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. 01/2020 (TC-A-011476/026/16) emitida pelo Egrégio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA 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.

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.

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 eximirá o **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/MUNICÍPIO** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

PARÁGRAFO DÉCIMO – O **CONVENIADO** 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 OITAVA **DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

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 NONA 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**;
- 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 rescindido 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 VIGÉSIMA DA DENÚNCIA

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente convênio, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) 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 VIGÉSIMA PRIMEIRA 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 Operativo, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA 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 TERCEIRA 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 **1º de janeiro de 2026**.

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 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 QUARTA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO FEDERAL

O não cumprimento pelo **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTERIO DA SAUDE** ou do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE** 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 **MINISTÉRIO DA SAÚDE** 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** e/ou **FUNDO ESTADUAL E SAÚDE** do cumprimento da obrigação pelos repasses conveniados de sua competência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA 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 convenentes 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: 02.09.02 3.3.50.39.00 10 302 0019 2071 01 310.000

FONTE 02 - TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS VINCULADOS: 02.09.02 3.3.50.39.00 10 302 0019 2071 02 301.097

FONTE 05 - TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS – VINCULADOS: 02.09.02 3.3.50.39.00 10 302 0019 2071 05 302.087 e 02.09.02 3.3.50.39.00 10 302 0019 2071 05 370.000.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA 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, 02 de janeiro de 2026.


HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA

Prefeito


JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

Provedor


HUMBERTO DE ASSIS CASTRO

Secretário Municipal da Saúde

Testemunhas:

1. Deleus dos Santos Neto
RG 44.760.250-0

2. Paulo S. Cravinho
RG 19.354.733-0

Visto e Conferido:


Roberta Freiria Romão de Andrade – Procuradora do Município



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS DA PROPOENTE

1.1 DA ORGANIZAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da Entidade: Hospital de Misericórdia de Altinópolis

CNPJ: 56.889.595/0001-32

Data Constituição da Entidade: 14/02/1932

Endereço: Rua Coronel Joaquim Alberto, 421 – Centro - Altinópolis-SP - Cep 14.350-023

Fone: 16-3665-7200

E-mail: provedoria@hospitalaltinopolis.com.br

Representante Legal: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA - Provedor

CPF 743.321.638-34 - RG 4.650.377-8 SSP/SP - Fone 16 99997-6897

Praça Voluntário Nario Walter, nº 114 - Centro - Altinópolis SP - CEP 14.350-027

E-mail: misericordia.alt@gmail.com

Período de mandato diretoria de 18/01/2025 à 18/01/2027

Contas bancárias específicas, isentas de tarifas, para movimentação dos recursos públicos (vedado a utilização de contas bancárias compartilhadas com recursos financeiros alheios à parceria);

Recurso Municipal	Recurso Federal	Recurso Estadual
Banco: Caixa Federal	Banco: Caixa Federal	Banco: Caixa Federal
Agência: 4498	Agência: 4498	Agência: 4498
Conta: 000.577.496.473-2	Conta: 000.577.496.463-5	Conta: 000.575.949.232-9

1.2 APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA ENTIDADE

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis é uma Entidade Hospitalar de direito privado, filantrópica e sem fins lucrativos, declarada de utilidade Pública Federal publicada no diário oficial da União em 08 de novembro de 1973. O Hospital possui uma área construída de 3.404,81 m², com capacidade de 21 leitos, sendo 98% à disposição do SUS, em internações, Clínicas Médicas, Pediátricas, e Atendimento 24 horas em Pronto



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaitinopolis.com.br

Socorro, com Serviço de Radiologia. O objetivo básico é o desenvolvimento de processos que gerem benefícios para a sociedade, através da articulação de meios para a promoção do desenvolvimento e aperfeiçoamento, ligados às áreas de saúde. O Hospital dispõe de materiais, equipamentos e profissionais habilitados e capacitados para prestação de serviços de média complexidade para atender de forma digna e humanizada os usuários SUS, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização do SUS. É regido por Estatuto próprio, elaborado e aprovado pela sua Irmandade que é formada por membros da sociedade, e dirigida administrativamente pela Mesa Administrativa, que indica o Provedor que é quem dirige e representa a instituição em seus atos.

1.3 CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA E RECURSOS HUMANOS

Para fins de realização dos serviços objeto do convênio, o Hospital de Misericórdia de Altinópolis disponibilizará dos seguintes recursos físicos, tecnológicos e humanos inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que deverá ser atualizado sempre que houver alteração.

a) CAPACIDADE FÍSICA

ESTRUTURA	QUANTIDADE
Leitos	21
Sala de Cirurgia	01
Sala de Urgência Obstétrica	01
Sala de Urgência	02
Sala Pronto Atendimento	04
Sala de Curativo	01
Sala de Aerosol	01
Sala de Observação	03
Posto de enfermagem	02
Central de Materiais e Esterelização	01
Sala de Raio-X	01
Sala de Ultrassom	01
Consultório Ginecológico	01



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421. Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Salas de Espera	03
Cozinha	01
Refeitório	01
Lavanderia	01
Almoxarifado	01
Farmácia	01
Administração	01
SAME	01

b) EQUIPAMENTOS

QT	NOME	MARCA	LOCAL
01	APARELHO RAIO-X	SHIMADZU	RADIOLOGIA
01	APARELHO RAIO-X - MÓVEL	VMI TECNOLOGIAS	RADIOLOGIA
01	AUTOCLAVE À VÁCUO	LUFERCO	CME
01	AUTOCLAVE GRAVITACIONAL	BAUNEMER	CME
01	BERÇO AQUECIDO	NEOSOLUTION	SALA DE PARTO
01	BISTURI ELÉTRICO	MICROEM BI 800	AMBULATÓRIO
01	BISTURI ELÉTRICO	MEDCIR	CENTRO CIRÚRGICO
04	BOMBA DE INFUSÃO	SAMTRONIC ST1000	URGÊNCIA I e II
02	BOMBA DE INFUSÃO	SAMTRONIC 550 T2	URGÊNCIA I
02	CENTRÍFUGA	CASTANHO	LAVANDERIA
01	DEFIBRILADOR	INSTRAMED	URGÊNCIA I
01	DEFIBRILADOR CARDIOVERSOR	INSTRAMED	URGÊNCIA II
03	DETECTOR FETAL	DF 7001	CONS GO/S.PARTO
03	ELETROCARDÍOGRAFO	BIONET	AMB/URG I/II
02	FOCO DE LUZ PORTÁTIL	MEDPI	CONSULTÓRIO GO
01	INCUBADORA NEONATAL	MILLENNIUM	BERÇARIO
01	LAVADORA 30 KG	SUZUKI	LAVANDERIA
01	LAVADORA 50 KG	GUARÁ	LAVANDERIA
01	LAVADORA ULTRASSÔNICA	ALT SONIC	CME
02	MONITOR MULTIPARÂMETRO	COMEM STAR 8000F	CC/URGÊNCIA I
01	MONITOR MULTIPARÂMETRO	BIONET	AMBULATÓRIO
02	MONITOR MULTIPARÂMETRO	PROLIFE P 10	URGÊNCIA II



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

01	OXIMETRO DE PULSO	NELLCOR	URGÊNCIA I
01	REVELADORA	SIGEX	RADIOLOGIA
01	SECADORA	SUZUKI	LAVANDERIA
01	SECADORA SR 20	MALTEC	LAVANDERIA
01	SELADORA	IMAP	CME
01	SELADORA	EVEREST	CME
01	ULTRASSOM MAGNUS	ALFAMED	ESPECIALIDADE
01	VENTILADOR MECÂNICO	LEISTUNG LUFT 3	URGÊNCIA I
01	VENTILADOR MECÂNICO	LEISTUNG PR4G	URGÊNCIA II
01	ELETOENCEFALÓGRAFO	VERTEX	ESPECIALIDADE
01	APARELHO ENDOSCOPIA	ARTHIFLEX	CENTRO CIRÚRGICO
01	ULTRASSOM SONOACE X8	SAMSUNG	ESPECIALIDADE
01	VIDEOLARINGOSCOPIO PORTATIL IS3-L	OLIDEF	URGÊNCIA I
01	FOTOTERAPIA VIDEOPROCESSADA LED	OLIDEF	CENTRO CIRÚRGICO

c) LEITOS POR CLÍNICA

LEITOS	EXISTENTES	SUS
Clínica Médica	17	15
Cirurgia Geral	01	01
Pediatria	01	01
Cirurgia Oftalmologia	01	01
GO	01	01
TOTAL	21	19

d) FUNCIONÁRIOS CELETISTAS

RH	QUANTIDADE
Almoxarife	01
Auxiliar Administrativo	06
Auxiliar de Lavanderia	04
Coordenador de Serviço de Enfermagem	02
Copeira	04
Cozinheira	04
Enfermeiro	12
Farmacêutico	01

[Handwritten signature]
2014



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Auxiliar de Farmácia	01
Fisioterapeuta	01
Nutricionista	01
Recepcionista	11
Serviços Gerais	07
Técnico de Enfermagem	32
Técnico de Raio-X	03
Técnico de Farmácia	02
Trabalhador Manutenção Predial	01
Supervisor de Recepção	01
Comprador	01
Diretor Administrativo	01

e) CONTRATADOS

CONTRATADOS	QUANTIDADE
Profissionais Médicos Autônomos	06-Segunda à Sexta 05-Sábado, Domingo e Feriados
Serviços de Contabilidade	01
Serviços Jurídicos	01
Serviços Software	03
Laboratório Biomédico	01
Serviços de Ultrassom	01
Serviço Manutenção Equipamentos	Conforme demanda
Técnico do Trabalho	01

2. DIAGNÓSTICO SOCIOTERRITORIAL, EXPERIÊNCIA, E IMPACTO SOCIAL ESPERADO

2.1 Experiências da Entidade que a torna apta a realizar o objeto do Plano de Trabalho.

Desde de sua fundação em 1932, este Hospital tem sido referência para atendimento à saúde da população do município de Altinópolis, inclusive para as pequenas cidades vizinhas. Sendo o único Hospital da cidade, com atendimentos 24h, todos os dias da semana, vem sendo um parceiro estratégico do município no ambiente da saúde para



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

acolher os pacientes em suas necessidades de urgência e emergência de toda população, mas principalmente aos usuários SUS que representam 98% das internações e 96% dos atendimentos ambulatoriais.

2.2 Descrição da realidade que será objeto da parceria:

Município de Altinópolis conta com 17 mil habitantes aproximadamente, tendo à sua disposição as Unidades Básicas de Saúde, que em dias úteis, e em horário comercial, prioritariamente através de agendamentos para atendimentos iniciais de serviços como consultas médicas e de enfermagem, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, exames preventivos e pré-natal. Como também ações de promoção, prevenção e tratamento, como visitas domiciliares, grupos educativos, curativos, testes rápidos e encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessário. A partir deste momento o Hospital de Misericórdia de Altinópolis entra com sua estrutura para acolher os pacientes que necessitem de atendimento imediato através do seu pronto atendimento disponível por 24 horas todos os dias da semana. Contando com serviços de urgência e emergência, tanto ambulatorial como para internação clínica. Sendo uma referência para a população da cidade como primeiro atendimento para qualquer eventualidade de saúde. Considerando que os suportes mais próximos estão nos municípios vizinhos, como Batatais (a aproximadamente 30 km) e Ribeirão Preto (a aproximadamente 65 km) o que desta forma converge para este Hospital praticamente todas as ocorrências, que em casos mais agravados e após a estabilização dos pacientes aí sim são regulados para outros hospitais com recursos de maior complexidade. Lembrando que muitas vezes o tempo para se chegar ao ambiente médico pode ser essencial para manutenção da vida nos casos mais críticos.

2.3 Impacto Social esperado com a execução do serviço/programa/projeto

A atuação do Hospital é essencial, pois tem seu impacto direto no suporte à vida da população da cidade, efetivando e transmitindo ao cidadão um sentimento de segurança tanto para si como para seus entes queridos quando se tem um ambiente adequado à disposição, para qualquer eventualidade ou imprevisto no tocante à saúde. Principalmente para população mais carente, com dificuldades de locomoção para



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

buscar outras alternativas. Ademais, prioritariamente atendemos usuários SUS quase na sua totalidade, que representam 98% das internações e 96% dos atendimentos ambulatoriais

3. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE/PROJETO (serviço, programa ou projeto)

3.1 Nome do Projeto: Convênio anual para custeio de atividades de pronto atendimento em urgência e emergência, e de internação hospitalar, por meio de repasse de recursos públicos para Hospital de Misericórdia de Altinópolis.

Valor total anual R\$10.788.000,00 (dez milhões setecentos e oitenta e oito mil reais).

3.2 Prazo de Execução: 01/01/2026 à 31/12/2026.

3.3 Objeto da Parceria: Custeio para pronto atendimento em urgência e emergência, internação hospitalar, exames e procedimentos para pacientes do SUS, por meio de repasse de recursos públicos.

3.4 Atividade ou Projeto a ser desenvolvido: O Hospital deverá estar organizado para atuar com eficiência e eficácia nas seguintes áreas:

- Assistência Integral à Saúde
- Políticas Prioritárias do Sistema Único de Saúde- SUS
- Gestão Hospitalar
- Aperfeiçoamento Profissional

3.5 Justificativa: A formalização deste convênio é uma necessidade estratégica tendo em vista que o Hospital de Misericórdia de Altinópolis é o único hospital da cidade, com funcionamento 24 horas por dia, e com isso apto a conseguir alcançar as demandas de saúde, utilizando-se de seus recursos disponíveis instalados, somados às suas equipes multidisciplinares aptas ao acolhimento das demandas dos pacientes SUS no município.

Desta forma, o Poder Executivo do município e o Hospital poderão garantir pleno atendimento de média complexidade aos munícipes conforme o que preconiza a Política Nacional de Humanização do SUS.

41/27/2026



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

3.6 Público-alvo: Toda população de Altinópolis.

4 Objetivos: O Plano Operativo elaborado pela Gestão Municipal do SUS do município de Altinópolis e Hospital de Misericórdia de Altinópolis tem por objetivo definir as suas áreas de atuação, as metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas através do acompanhamento e da avaliação da efetividade do convênio celebrado entre as partes, visando:

- a) A prestação de assistência integral à saúde dos usuários SUS nas áreas de média complexidade, ambulatorial e hospitalar prestados pelo Hospital.
- b) O aprimoramento dos processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial e hospitalar do Hospital de Misericórdia de Altinópolis vinculados ao SUS.
- c) Garantir a assistência integral aos usuários SUS, buscando sempre a qualidade e a resolutividade do atendimento.

5. Resultados Esperados:

5.1 Resultados Quantitativos

Apresentação mensal de planilha com todas as atividades, trazendo os códigos de procedimentos, descrição, meta pactuada e quantidade realizada, com os respectivos percentuais de atingimento de metas.

5.2 Resultados Qualitativos

Apresentação mensal de planilhas e gráficos com resultados obtidos através de pesquisa de satisfação e ouvidoria, onde são avaliados: Recepção, Atendimento Médico, Atendimento da Enfermagem, Serviço de Limpeza, Serviço de Nutrição, Instalações Físicas e Manutenção.

6. OBJETIVOS, METAS (qualitativas/quantitativas), AÇÕES, PRAZOS, RESULTADOS E INDICADORES DE RESULTADO

OBJETIVOS	
	O convênio em questão deverá contribuir para o aperfeiçoamento dos



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

<p>(Gerais e Específicos)</p>	<p>processos de gestão hospitalar, assim como para os processos de gestão do SUS, de modo a maximizar os recursos alocados em benefício da população realizando consultas ambulatoriais de urgência e emergência, fazer internações de pacientes após avaliação, realizar exames de: Laboratório, Raio X, US, ECG, Endoscopia e Colonoscopia. Cirurgias de facectomia, pequenas cirurgias dermatológicas. Demais procedimentos médicos e de enfermagem. Atendimentos de profissionais de nutrição, enfermagem e fisioterápico.</p>
<p>META Quantitativa</p>	<p>O Hospital deverá manter os indicadores previstos no Plano Operativo:</p> <ul style="list-style-type: none">• acompanhamento de metas;• avaliação de custos;• acompanhamento da aplicação de recursos financeiros provenientes do SUS;• Apresentação de DRE- Demonstrativo de Receita e Despesa do Hospital mensalmente;• Apresentação mensal de planilha com todas as atividades, trazendo os códigos de procedimentos, descrição, meta pactuada e quantidade realizada, com os respectivos percentuais de atingimento de metas.
<p>META Qualitativa</p>	<p>O Hospital deverá manter as atividades previstas no Plano Operativo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação do nível de satisfação do usuário;• Assistência hospitalar;• Assistência ambulatorial;• Participação nas políticas prioritárias do SUS;• Desenvolvimento profissional; <p>Manter ativa e atuante as seguintes comissões:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comissão de Óbitos• Controle de Infecção Hospitalar. <p>Apresentação mensal de planilhas e gráficos com resultados obtidos através de pesquisa de satisfação e ouvidoria, onde são avaliados:</p>

Handwritten signature and initials.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421. Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

	Recepção, Atendimento Médico, Atendimento da Enfermagem, Serviço de Limpeza, Serviço de Nutrição, Instalações Físicas e Manutenção.
AÇÕES	<p>Manter um programa de gerenciamento hospitalar com sistema de informatização abrangendo todas as áreas de produção, apoio e administrativa.</p> <p>Manter controles, através de indicadores hospitalares quantitativos e qualitativos que monitoram os processos assistenciais e administrativos. Através de modelos de gestão adequado, acompanhar processos de suprimentos hospitalares, monitorar o fracionamento dos não líquidos, a dose unitária, reduzindo custos e otimizando o processo de distribuição, controle e faturamento dos insumos utilizados nas áreas fim.</p> <p>A direção do hospital deverá, através dessa estrutura, contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.</p>
PRAZOS (Início e Término)	Plano de trabalho será realizado no período de 01/01/2026 à 31/12/2026, sendo apresentados fechamentos prévios mensais de janeiro à dezembro, considerando que a prestação de contas será apresentada até 30 dias após o final do exercício de 2026.
RESULTADO ESPERADO	Acolhimento aos pacientes em pronto atendimento em caráter de urgências e emergências, internações, procedimentos e exames conforme quantitativos pactuados:



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

CAPAC. INSTALADA 100%	CLASSIFICAÇÃO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS MÉDICOS	META PACTUADA SUS 95%
3.085	0301060096	Consulta / Atendimento às urgências em geral	2.931
3.085		TOTAL CONSULTAS	2.931
CAPAC. INSTALADA 100%	CLASSIFICAÇÃO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	META PACTUADA SUS 95%
2.370	0301060118	Acolhimento e Classificação de Risco	2.252
1.645	0300110012	Administração de Medicamentos	1.563
1.896	0301100039	Aferição de Pressão Arterial	1.801
307	0201020041	Coleta de material exame laboratorial	292
48	0301100284	Curativo Simples	46
135	0211020036	Eletrocardiograma	128
148	0214010015	Glicemia Capilar	141
108	0301100101	Inalação / nebulização	103
1	0301100128	Lavagem Gástrica	1
14	0301100144	Oxigenoterapia	13
25	040101	Pequenas Cirurgias	24
6	0301100152	Retirada de ponto de cirurgia básica	5
2	0301100047	Sondagem vesical de Alívio	2
2	0301100055	Sondagem vesical de demora	2
18	0401010058	Suturas	17
6.725		TOTAL AMBULATÓRIO	6.390

CAPAC. INSTALADA 100%	CLASSIFICAÇÃO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	META PACTUADA SUS 95%
81	0301010170	Internações	77
300	0301010048	Atendimento de profissionais de nível superior	285
58	0302	Atendimento fisioterápico	55
52	080201	Diárias de acompanhante	49
38	0204	Exames de raio X internos	36
347	020502	Exames de Ultrassom	330
823	0202	Exames laboratoriais internos	782
3	040701	Exames endoscopias	2
11	020901	Exames colonoscopias	10
16	040505	Facectomias	15
10	0301100144	Oxigenoterapia	9
1	0301100047	Sondagem vesical de Alívio	1
2	0310100055	Sondagem vesical de demora	2
1.742		TOTAL HOSPITALAR	1.653

CAPACIDADE INSTALADA 100%	CLASSIFICAÇÃO PROCEDIMENTO	EXAMES EXTERNOS LABORATORIAIS E DE IMAGEM REFERENCIADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	META PACTUADA SUS 100%
9.968	0202	EXAMES LABORATORIAIS	9.470
668	0204	EXAMES DE RAIOS X	668
10.636		TOTAL EXAMES EXTERNOS	10.138

CAPAC. INSTALADA 100%			META PACTUADA SUS
22.188		TOTAL GERAL	21.112

Handwritten signature and initials



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

INDICADOR DE RESULTADO	Número de atividades realizadas conforme relatório de faturamento mensal que será dividido pelas quantidades pactuadas nas metas estabelecidas no Plano de Trabalho, e assim verificar o cumprimento das metas.
-------------------------------	---

6.1 AVALIAÇÕES DAS ATIVIDADES POR INDICADORES

6.1.1 Metas Quantitativas

A) ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Indicador	Meta	Pontuação		Fonte de informação
		% da meta	Pontos	
Percentual de alcance das metas físicas para internação	100% da meta física pactuada por forma de organização	90 a 100%	100	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
		80 a 89,9%	75	
		70 a 79,9%	50	
		60 a 69,9%	25	
		< 60%	Não pontua	

B) ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Indicador	Meta	Pontuação		Fonte de Informação
		% da meta	Pontos	
Percentual de alcance das metas físicas para atendimentos ambulatoriais	100% da meta física pactuada por forma de organização	90 a 100%	100	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA- SUS)
		80 a 89,9%	75	
		70 a 79,9%	50	
		60 a 69,9%	25	
		< 60%	Não pontua	

6.1.2 Metas Qualitativas

A) INDICADORES DE GESTÃO

Meta Atenção à Saúde	Situação da Unidade			
	Implantada		Atuante	
	Sim/Não	Pontos	Sim/Não	Pontos
Comissão de Revisão de Óbitos implantada e atuante/ relatório mensal	Sim	100	Sim	100
Comissão de Controle de Infecção hospitalar implantada e atuante/relatório mensal	Sim	100	Sim	100

TOTAL: 400

Handwritten signature and number 127



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS meta	SIM	NÃO	PARCIAL	META	FONTE DE INFORMAÇÃO
Ouvidoria para escuta de usuários e profissionais. Sistemática de respostas e divulgação trimestral dos resultados					Relatório trimestral das providências tomadas
Pesquisa de satisfação dos usuários realizada semestralmente com formulário e metodologia de apuração, avaliação e divulgação dos resultados					Resultado da pesquisa de satisfação dos usuários
Aplicação do Plano de trabalho HumanizaSUS					Informação do Hospital
Aplicação da Política Nacional de Medicamentos					Informação do Hospital

Pontuação: Sim=50 pontos; Parcial=25 pontos; Não=Zero pontos **TOTAL: 200**

B) GESTÃO HOSPITALAR

META	SIM	NÃO	PARCIAL	PONTOS	FONTE DE INFORMAÇÃO
Relatório Mensal das atividades executadas					Relatório
Apresentação do relatório mensal da estrutura de receitas e despesas e da produção à Comissão de Acompanhamento do Convênio					Relatório

Pontuação: Sim=100 pontos; Parcial=50 pontos; Não= Zero pontos **TOTAL: 200**

H. 117



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

C) DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

META	SIM	NÃO	PARCIAL	PONTOS	FONTE DE INFORMAÇÃO
Programação anual das estratégias/ações para qualificação dos profissionais, apresentado até 90 dias após a assinatura deste Plano Operativo					Apresentação do Calendário
Execução de todas as ações programadas para qualificação profissional					Comprovação das atividades desenvolvidas

Pontuação: Sim=100 pontos; Parcial=50 pontos; Não= Zero pontos **TOTAL: 200**

TABELA DE VALORIZAÇÃO DO DESEMPENHO

METAS	PONTUAÇÃO POSSÍVEL
Assistência Hospitalar/Ambulatorial	200
Atenção à saúde	400
Participação nas políticas prioritárias do SUS	200
Gestão Hospitalar	200
Desenvolvimento profissional	200
TOTAL	1200

FAIXAS DE PONTUAÇÃO	PERCENTUAL DO VALOR VARIÁVEL
Até 300	25%
301 a 600	50%
601 a 900	75%
901 a 1200	100%

7. DESCRIÇÃO E FORMAS DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

A assistência à saúde a ser prestada pelo Hospital deverá se desenvolver de modo a garantir a realização de todos os procedimentos pactuados que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema, ou seja, garantir-lhes atendimento integral exclusivo.

O Hospital deverá garantir a oferta dos serviços assistenciais previstos de modo a que eles não sofram descontinuidade em função da integralidade da assistência e do calendário a ser cumprido.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

8. METODOLOGIA

ATENDIMENTO

O Atendimento Ambulatorial de Pronto Socorro e da Média Complexidade Hospitalar através de demanda espontânea, ou referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde ou Centro de Especialidade se dará de forma contra referenciada.

EQUIPE MÉDICA

O atendimento às segundas-feiras será feito por 03 médicos plantonistas das 7:00 horas às 19:00 horas, e 01 médico plantonista das 13:00 horas as 19:00 horas, e 01 médico plantonista cinderela das 19:00 horas as 00:00 horas, e 01 médico plantonista das 19:00 horas as 7:00 horas. De terça à sexta-feira será feito por 03 médicos plantonistas das 7:00 horas às 19:00 horas, e 01 médico plantonista cinderela das 19:00 horas as 00:00 horas, e 01 médico plantonista das 19:00 horas as 7:00 horas. Nos finais de semana e feriados os plantões serão feitos por 02 médicos plantonistas das 7:00 horas às 19:00 horas, e 01 médico para evolução e prescrição nas enfermarias das 08:00 horas às 12:00 horas, e 01 médico plantonista cinderela das 19:00 horas as 00:00 horas, e 01 médico plantonista das 19:00 horas as 7:00 horas

O plantão de assistência à criança ocorrerá nos dias da semana por um período de 5 horas e nos finais de semana e feriados por 4 horas. Nos horários de plantão de assistência à criança não haverá cobertura de sobreaviso da referida especialidade, devendo o médico clínico, em caso de necessidade de internação acionar diretamente o colega no plantão de assistência à criança.

A cobertura de pediatria será de segunda à sexta das 21:00h às 7:00h, não havendo cobertura nos finais de semana e feriados.

O Hospital conta com o serviço de um médico como Diretor Clínico.

Nos dias de véspera e nos feriados de Natal e Ano Novo será pago adicional de 50% sobre o valor do plantão diurno e noturno, inclusive quando este coincidir com sábado/domingo.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

O Hospital poderá contrar profissionais médicos diretamente com cada um deles, através de contrato de prestação de serviços de pessoa física (RPA) ou pessoa jurídica (NFs), como também celebrar contrato(s) com empresas de mercado especializadas na gestão, organização e contratação médicos para atender as demandas do Hospital, através de cotações e orçamentos mais favoráveis, em conformidade com os critérios da entidade.

Seguem abaixo as demandas atuais com os respectivos horários e as cargas com valores:

Horário do Plantão	Total de Horas Mês	Valor da Hora	Valor Total Mensal
07 - 19h	1.020	R\$ 115,00	R\$ 117.300,00
13 - 19h	30	R\$ 115,00	R\$ 3.450,00
19 - 00h	155	R\$ 152,00	R\$ 23.560,00
19 - 07h	372	R\$ 152,00	R\$ 56.544,00
08 - 12h	72	R\$ 152,00	R\$ 10.944,00
16 - 21h	115	R\$ 152,00	R\$ 17.480,00
Sobre aviso clínica/médica			R\$ 8.640,00
Sobre aviso pediatria			R\$ 4.600,00
Médico Diretor Clínico			R\$ 3.500,00
Plantões complementares Natal e Ano Novo (empenho mensal)			R\$ 1.233,00
Procedimentos médicos, peq. cirurgias, endoscopias, colonoscopias, cirurgias de cataratas, anestesiologia, ultrassonografias e outros procedimentos.			R\$ 65.171,00
Total grupo médicos			R\$ 312.422,00

PRONTO ATENDIMENTO

O atendimento deverá ser feito por demanda espontânea e referenciada, contando com exames laboratoriais, diagnóstico por imagem, retaguarda do corpo clínico do Hospital, e contando também por Clínico e Pediatra de sobreaviso, e Diretor Clínico do Hospital.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421. Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Atendimento contempla pronto atendimento para urgência e emergência; assim como outros procedimentos com agendamento prévio em: pequenas cirurgias dermatológicas; realização de exames de endoscopias, colonoscopias, ultrassonografias, facectomias, radiodiagnósticos; ações executadas por médicos especialistas, profissionais de enfermagem e outros atendimentos de profissionais de nível superior.

As medicações injetáveis são oriundas de atendimento realizado pelo próprio hospital, ou seja, quando for com prescrições de serviços externos do SUS, somente serão realizadas nos horários em que esses serviços estiverem fechados, lembrando que o paciente deverá comparecer ao Hospital munido da medicação e da prescrição médica.

Outros procedimentos de enfermagem serão executados mediante necessidade e observância da prescrição quanto à necessidade de realização nos horários solicitados em que as unidades de Saúde da Família estiverem fechadas.

ATENDIMENTO HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Na assistência técnico-profissional e hospitalar, o Hospital de Misericórdia de Altinópolis se obriga a utilizar todos os recursos disponíveis de diagnóstico e tratamento necessário ao atendimento dos pacientes, desde que previstos na tabela SUS e inseridos no cadastro da Instituição até o limite financeiro definido pelos parâmetros do convênio.

Médicos responsáveis pela internação para acompanhamento e evolução dos pacientes nas 24 horas. Equipe de enfermagem para atuação junto aos leitos disponibilizados aos pacientes SUS em período integral.

Fornecer medicamentos padronizados e outros materiais necessários ao tratamento enquanto o paciente estiver sob cuidado médico-hospitalar.

Fornecer refeições com observância das dietas prescritas e necessidades nutricionais

Handwritten signature and initials: J. 124



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421 Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

dos pacientes, inclusive nutrição enteral quando indicado.

Executar serviços de hotelaria, tal como roupas para os pacientes, fornecer materiais médicos e hospitalares quando necessário.

Realizar exames de laboratório, ultrassonografia(em dias fixos), Raio-X, fisioterapia e outros que se fizerem necessário ao adequado atendimento do paciente.

Para atender ao objetivo deste Plano Operativo, o Hospital de Misericórdia de Altinópolis se obriga a realizar internação de urgência e emergência.

Nas situações de urgência e emergência o paciente será assistido pelo médico que avaliará a necessidade de internação, emitindo laudo médico que será enviado pela Instituição conveniada à Secretaria Municipal de Saúde, no prazo de 05 dias úteis para emissão de Autorização da Internação Hospitalar- AIH. Também no prazo de 05 dias úteis a Secretaria Municipal de Saúde deverá retornar a mesma para o Hospital. Na falta ocasional de leito vago nas instalações do SUS, o paciente deverá ser acomodado em instalações de nível superior, caso haja disponibilidade, sem direito à cobrança de sobre preço, e nessa eventualidade, assim que houver vacância de leito em enfermaria, fazer a transferência necessária.

No tocante à internação e o acompanhamento hospitalar ao paciente, deverão seguir os seguintes procedimentos:

Os pacientes serão internados em enfermaria ou quarto com o número máximo de leitos previstos em normas técnicas para hospitais mantidos por Entidades Filantrópicas e assistidos por profissionais habilitados, indicados pela Instituição.

Nas internações de menores de idade, idosos acima de 60 (sessenta) anos ou pessoas com deficiência, será assegurada a presença de um acompanhante em tempo integral, desde que respeitadas as normas do hospital.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 42 L, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS

HUMANIZA SUS

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis deverá manter os seguintes projetos e ações:

- Manter a ouvidoria institucional para escuta de usuários e trabalhadores com sistemática de respostas e divulgação dos resultados;
- Central de Acolhimento implementada com avaliação de riscos e prioridades de atendimento;
- Manter a área física com sinalização e informação sobre o serviço para conforto dos usuários, familiares e trabalhadores;
- Manter atualizado os protocolos institucionais;
- Visita aberta para usuários internados, implementada no mínimo 04 horas e considerando horários especiais (integrais) para acompanhantes idosos, crianças, gestantes e “casos especiais”, exceto em casos de pandemia/epidemia.
- Prontuários de interno (único) organizados contendo anotações legíveis dos profissionais;
- Proporcionar constante avaliação do grau de satisfação dos usuários, clientes internos e trabalhadores;
- Taxa de paciente com acompanhante;

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis deverá manter os seguintes projetos e ações:

- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de posição do cumprimento das normas sanitárias organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Realização de 03 (três) orçamentos para todos os processos de compras realizados no Hospital de Misericórdia de Altinópolis para execução do Convênio.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 42 L. Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

- Elaborar e atualizar protocolos clínico nutricionais para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital, diferenciados para as fases do ciclo de vida (principalmente crianças, adultos e idosos); e por nível de atendimento (emergência, pediátrico e internações).
- Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para a alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;
- Responsabilizar-se pela elaboração dos cardápios para dieta normal e para as patologias específicas, com fracionamento e intervalos de tempo específicos, bem como acompanhar o processo de elaboração do mesmo;
- Acompanhar a implantação e o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas enterais e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Garantir a segurança, a qualidade dos alimentos e a prestação e serviços neste contexto, de forma a fornecer aos pacientes uma alimentação saudável e adequada às dietas prescritas ;

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Acolhimento de pacientes em ambiente adequado com classificação de risco;
- Acolhimento e suporte para familiares e acompanhantes;
- Desenvolvimento e abordagem interdisciplinar;
- Horizontalidade e cuidado médico e de enfermagem;
- Adoção de linha de cuidado.

GESTÃO HOSPITALAR

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis deverá manter atualizado os seguintes projetos e ações:

- Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam à horizontalização da gestão;



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 42 L, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS

HUMANIZA SUS

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis deverá manter os seguintes projetos e ações:

- Manter a ouvidoria institucional para escuta de usuários e trabalhadores com sistemática de respostas e divulgação dos resultados;
- Central de Acolhimento implementada com avaliação de riscos e prioridades de atendimento;
- Manter a área física com sinalização e informação sobre o serviço para conforto dos usuários, familiares e trabalhadores;
- Manter atualizado os protocolos institucionais;
- Visita aberta para usuários internados, implementada no mínimo 04 horas e considerando horários especiais (integrais) para acompanhantes idosos, crianças, gestantes e "casos especiais", exceto em casos de pandemia/epidemia.
- Prontuários de interno (único) organizados contendo anotações legíveis dos profissionais;
- Proporcionar constante avaliação do grau de satisfação dos usuários, clientes internos e trabalhadores;
- Taxa de paciente com acompanhante;

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis deverá manter os seguintes projetos e ações:

- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de posição do cumprimento das normas sanitárias organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Realização de 03 (três) orçamentos para todos os processos de compras realizados no Hospital de Misericórdia de Altinópolis para execução do Convênio.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquina Alberto, 42 L. Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

- Elaborar e atualizar protocolos clínico nutricionais para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital, diferenciados para as fases do ciclo de vida (principalmente crianças, adultos e idosos); e por nível de atendimento (emergência, pediátrico e internações).
- Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para a alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;
- Responsabilizar-se pela elaboração dos cardápios para dieta normal e para as patologias específicas, com fracionamento e intervalos de tempo específicos, bem como acompanhar o processo de elaboração do mesmo;
- Acompanhar a implantação e o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas enterais e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Garantir a segurança, a qualidade dos alimentos e a prestação e serviços neste contexto, de forma a fornecer aos pacientes uma alimentação saudável e adequada às dietas prescritas ;

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Acolhimento de pacientes em ambiente adequado com classificação de risco;
- Acolhimento e suporte para familiares e acompanhantes;
- Desenvolvimento e abordagem interdisciplinar;
- Horizontalidade e cuidado médico e de enfermagem;
- Adoção de linha de cuidado.

GESTÃO HOSPITALAR

O Hospital de Misericórdia de Altinópolis deverá manter atualizado os seguintes projetos e ações:

- Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam à horizontalização da gestão;



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

qualificação gerencial; enfrentamento das questões corporativas; as rotinas técnicas e operacionais; sistema de avaliação de custos; sistema de informação; realizar formalmente avaliação de satisfação do usuário SUS;

- Apresentar metas quantitativas mensalmente aos gestores da saúde municipal;
- Gerir o recurso do convênio de acordo com o Plano Operativo, fazendo-se cumprir conforme descrito.
- Iniciar processo de implantação do prontuário eletrônico no Pronto Atendimento;

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

- Desenvolver ações de Educação Permanente para os colaboradores do hospital visando fortalecimento do trabalho multiprofissional;
- Organização das equipes de trabalho de acordo com a necessidade do paciente.

9. DETALHAMENTO DOS CUSTOS

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA POR FONTE DE RECURSO - MENSAL

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	VALORES	FONTES DE RECURSO
Média da Produção de Média complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC	R\$134.379,47	Federal
Recursos Financeiros de Fonte Estadual	R\$80.000,00	Estadual
Recursos Financeiros de Fonte Municipal	R\$684.620,53	Municipal
TOTAL	R\$899.000,00	



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Abaixo seguem os detalhamentos de custos por grupos de despesas:

GRUPO DESPESAS	DISCRIMINAÇÃO	VALOR TOTAL GASTO 100%	PERCENTUAL APLICADO %	VALOR FINANCIADO PELO CONVÊNIO	TOTAL MENSAL CONVÊNIO
Folha de pagamento e encargos sociais	Pagamento de Pessoal	R\$ 267.608,02	95%	R\$ 254.227,52	R\$ 388.000,00
	Provisão 13º	R\$ 26.409,77	95%	R\$ 25.089,28	
	Provisão férias	R\$ 25.708,62	95%	R\$ 24.423,19	
	Provisão rescisão	R\$ 10.517,16	95%	R\$ 9.991,30	
	INSS e IRRF	R\$ 34.472,93	95%	R\$ 32.749,28	
	FGTS	R\$ 28.630,06	95%	R\$ 27.198,56	
	Vale Alimentação	R\$ 12.854,31	95%	R\$ 12.211,59	
Estagiários e Menor Aprendiz		R\$ 2.220,29	95%	R\$ 2.109,28	
Serviços Médicos e encargos	Plantões Presenciais Clínico Geral e Assistência a Criança	R\$ 227.722,04	95%	R\$ 216.335,34	R\$ 296.800,00
	Sobreaviso Clínico Geral e Pediatria	R\$ 13.079,81	95%	R\$ 12.425,82	
	Procedimentos Médicos	R\$ 64.382,50	95%	R\$ 61.163,07	
	Direção Clínica	R\$ 3.457,65	95%	R\$ 3.284,77	
	Impostos retidos na nota	R\$ 3.780,00	95%	R\$ 3.591,00	
Medicamentos, Materiais, Nutrição e Dietética	Medicamentos, materiais hospitalares, limpeza, escritório, descartáveis, gases medicinais	R\$ 77.894,74	95%	R\$ 74.000,00	R\$ 96.000,00
	Gêneros alimentícios / materiais de cozinha	R\$ 23.157,90	95%	R\$ 22.000,00	
Energia Elétrica, Telefonia, Informatização e Manutenções	Energia Elétrica	R\$ 7.368,42	95%	R\$ 7.000,00	R\$ 39.915,00
	Telefone e Internet	R\$ 1.578,95	95%	R\$ 1.500,00	
	Sistema informatizado	R\$ 10.526,32	95%	R\$ 10.000,00	
	Manutenção de equipamentos	R\$ 13.173,68	95%	R\$ 12.515,00	
	Manutenção predial	R\$ 9.368,42	95%	R\$ 8.900,00	
Serviços contábeis e segurança	Serviços contábeis	R\$ 8.089,47	95%	R\$ 7.685,00	R\$ 17.285,00
	Serviços portaria e segurança	R\$ 10.105,26	95%	R\$ 9.600,00	
Exames internos: Ambulatorial e Internações	Exames Laboratoriais- Pronto Atendimento e Internos	R\$ 16.842,11	95%	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00
Exames Externos Laboratórios e Raio-X	Quantitativo 10.138	R\$ 45.000,00	100%	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
TOTAL GERAL		R\$ 943.948,43		R\$ 899.000,00	



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 42 L. Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

CRONOGRAMA DE DESPESAS POR FONTE DE RECURSOS

DESPESA	DISCRIMINAÇÃO	VALOR MENSAL PACTUADO	FONTE DE RECURSO
Folha de pagamento e encargos sociais	Pagamento da folha dos funcionários com encargos sociais, rescisões, estagiários e vale alimentação	R\$388.000,00	Municipal
Serviços Médicos e encargos	Pagamento de plantões presenciais de assistência à criança e clínico geral, Sobreaviso médico, Evolução médica internações, Procedimentos e exames Médicos, Coordenação de Escala, Direção Clínica e Pequenas Cirurgias	R\$296.800,00	Federal: R\$134.379,47 Estadual: R\$80.000,00 Municipal: R\$82.420,53
Medicamentos, Materiais, Nutrição e Dietética	Aquisição de medicamentos, materiais de enfermagem, equipamentos, limpeza, escritório, descartáveis, gases medicinais, gêneros alimentícios e materiais de cozinha	R\$ 96.000,00	Municipal
Energia Elétrica, Telefonia, Informatização e Manutenções	Pagamento de energia elétrica, telefonia, sistemas informatizado, manutenções corretivas e preventivas de equipamentos médicos, informática, hidráulica, elétrica, predial e outras	R\$39.915,00	Municipal
Serviços contábeis e segurança	Pagamento de serviços contábeis, portaria e segurança	R\$17.285,00	Municipal
Exames Internos: Ambulatorial e Internações	Exames laboratoriais e Raio-X	R\$16.000,00	Municipal
Exames externos	Exames laboratoriais e Raio-X	R\$45.000,00	Municipal
TOTAL		R\$899.000,00	

10. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Seguem as contas bancárias do Hospital exclusivas para cada fonte de recursos habilitadas a receberem mensalmente os repasses:



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Recurso Municipal	Recurso Federal	Recurso Estadual
Banco: Caixa Federal	Banco: Caixa Federal	Banco: Caixa Federal
Agência: 4498	Agência: 4498	Agência: 4498
Conta: 000.577.496.473-2	Conta: 000.577.496.463-5	Conta: 000.575.949.232-9

O valor total do Convênio para o ano de 2026 é de R\$10.788.000,00 (dez milhões setecentos e oitenta e oito mil reais), com fluxo mensal para desembolso como segue:

Data	Recurso Federal	Recurso Estadual	Recurso Municipal	Total Mensal
05/01/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/01/2026	R\$134.379,47			
05/02/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/02/2026	R\$134.379,47			
05/03/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/03/2026	R\$134.379,47			
05/04/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/04/2026	R\$134.379,47			
05/05/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/05/2026	R\$134.379,47			
05/06/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/06/2026	R\$134.379,47			
05/07/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/07/2026	R\$134.379,47			
05/08/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/08/2026	R\$134.379,47			
05/09/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/09/2026	R\$134.379,47			
05/10/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/10/2026	R\$134.379,47			
05/11/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/11/2026	R\$134.379,47			
05/12/2026		R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00
20/12/2026	R\$134.379,47			
TOTAL ANUAL				R\$10.788.000,00



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

11. PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O presente Convênio tem previsto para sua execução os valores de receitas e despesas:

MESES	RECEITAS 2026				Recurso Próprio	TOTAL RECEITA
	Recursos do Convênio					
	Federal	Estadual	Municipal	TOTAL CONVÊNIO		
JANEIRO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
FEVEREIRO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
MARÇO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
ABRIL	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
MAIO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
JUNHO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
JULHO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
AGOSTO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
SETEMBRO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
OUTUBRO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
NOVEMBRO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
DEZEMBRO	R\$134.379,47	R\$80.000,00	R\$684.620,53	R\$899.000,00	R\$ 44.948,43	R\$ 943.948,43
TOTAIS	R\$1.612.553,64	R\$960.000,00	R\$8.215.446,36	R\$10.788.000,00	R\$539.381,16	R\$11.327.381,16

DESPESAS / MESES	DESPESAS MENSAIS DE 2026						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Folha de pagamento e encargos sociais	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16
Serviços Médicos e encargos	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00
Medicamentos, Materiais, Nutrição e Dietética	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64
Energia Elétrica, Telefonia, Informatização e Manutenções	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79
Serviços contábeis e segurança	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73
Exames internos: Ambulatorial e Internações	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11
Exames Externos Laboratórios e Raios-X	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
TOTAIS	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3865-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

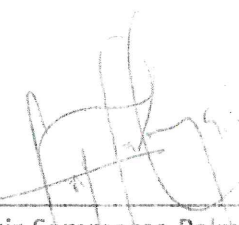
DESPESAS MENSAIS DE 2026						TOTAL ANUAL
DESPESAS / MESES	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
Folha de pagamento e encargos sociais	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 408.421,16	R\$ 4.901.053,88
Serviços Médicos e encargos	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 312.422,00	R\$ 3.749.064,00
Medicamentos, Materiais, Nutrição e Dietética	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 101.052,64	R\$ 1.212.631,68
Energia Elétrica, Telefonia, Informatização e Manutenções	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 42.015,79	R\$ 504.189,48
Serviços contábeis e segurança	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 18.194,73	R\$ 218.336,80
Exames internos: Ambulatorial e Internações	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 16.842,11	R\$ 202.105,32
Exames Externos Laboratórios e Raios-X	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 540.000,00
TOTAIS	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 943.948,43	R\$ 11.327.381,16

12. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da organização da entidade proponente, declaro, para os devidos fins, sob as penas da lei, que INEXISTE qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Municipal ou qualquer outro órgão ou entidade da Administração Pública Municipal que impeça a celebração do Convênio na forma deste Plano de Trabalho, bem como que INEXISTE no quadro diretivo da entidade membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão, ou entidade da Administração Pública da mesma esfera governamental que será celebrado o convênio, bem como seus respectivos cônjuges ou companheiros, além de parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o 2º grau.

Pede deferimento.

Altinópolis/SP, 17 de dezembro de 2025.


José Luiz Sammarco Palma
Provedor
Hospital de Misericórdia de Altinópolis



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

13. ANÁLISE PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Aprovado

Em andamento

Reprovado

()

()

()


Humberto de Assis Castro
CPF: 145.594.438-66
Secretário Municipal de Saúde
Secretário Municipal de Saúde de Altinópolis