067171

# CHAMAMENTO PÚBLICO 014/2023

# CONTRATAÇÃO DE O.S

## ENVELOPE II

## VOL. XIII

invisa
instituto
vida e saúde

# ANEXO II

## MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este Manual tem a finalidade de propor o fluxo de implementação da classificação de risco no ambiente hospitalar, podendo ser reajustado após implementações dos serviços.

**SIGLAS OU ACRÓSTICOS**

| | |
|---|---|
| AVDI | Alerta, Voz, Dor e Inconsciência |
| AVM | Assistencia Ventilatória Mecânica |
| BIA | Balão de Contrapulsação Intra- Aortico |
| *BLS* | *Basic Life Support* |
| BVM | Bolsa-valva-máscara |
| CIB | Comissão Intergestora Bipartite |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIR | Comissão Intergestora Regional |
| CIVD | Coagulação Intravascular Disseminada |
| EIC | Espaço Intercostal |
| ECG | Escala de Coma de *Glasgow* |
| ES | Espírito Santo |
| DP | Drenagem Pleural |
| *FAST* | *Focused Abdominal Sonography for Trauma* |
| FC | Fratura de Costela |
| *GRADE* | *Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation* |
| IOT | Intubação orotraqueal |
| LAA | Linha axilar anterior |
| LCR | Líquido Cefalorraquidiano |
| LPD | Lavagem Peritonial Diagnóstica |
| MV | Murmúrio Vesicular |
| PA | Pronto Atendimento |
| PE | Empiema Pleural |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SESA | Secretaria Estadual de Saúde |
| SVD | Sondagem Vesical de Demora |
| SBAIT | Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado |
| SG | Sondagem Gástrica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TC | Tomografia Computadorizada |
| TCE | Trauma Cranioencefalico |
| TMF | Trauma Maxilofacial |
| TT | Trauma Torácico |
| TRM | Trauma Raquimedular |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| UPA | Unidades de Pronto Atendimento |
| VM | Ventilação Mecânica |

## INTRODUÇÃO

**Humanização no Atendimento**

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que· persistem sem solução, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracteriza, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços saúde é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto se destaca a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

Considerando este cenário atual e visando amenizar as lacunas existentes relativas à humanização dos processos assistenciais, o INVISA implantará na UPA a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde - "Humaniza SUS".

Princípios Norteadores da Política de Humanização da UPA:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde;
- Estabelecimento. de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fermentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores· da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

**Resultados esperados com a Política de Humanização da UPA:**

- Reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e oferta de atendimento acolhedor e resolutivo;
- Todos os usuários dos diversos serviços prestados pelo UPA saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- Garantia dos direitos dos usuários, asseguradas e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- Gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos;
- Serão implementadas atividades de valorização é cuidado aos trabalhadores da saúde.

Assim, o INVISA desenvolverá ações em busca dos resultados esperados através da valorização do profissional de saúde, com constantes treinamentos e busca por um ambiente de trabalho em harmonia ações que ficarão sob a guarda e responsabilidade dos Serviços de RH, Educação Permanente e Qualidade.

**Estratégias de implementação do Programa de Humanização UPA:**

A implantação do programa de humanização pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pelos profissionais dos diversos serviços institucionais.

1. No eixo da gestão do trabalho, serão desenvolvidas a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando e motivando, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
2. No eixo do financiamento, propõe se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, quantificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores;
3. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
4. No eixo da educação permanente, propõe-se a criação de um Programa de Educação Permanente que favoreça o desenvolvimento contínuo dos profissionais;
5. No eixo da gestão, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

**Parâmetros para implementação de ações na Urgência e Emergência:**

- Demanda acolhida através de critérios. de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

**Acolhimento:**

- Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

**Ambiência:**

- Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

**Apoio matricial ou temático:**

- Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

**Avaliação de Risco (ou Classificação de Risco):**

- Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada. Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

**Atenção especializada/serviço de assistência especializada:**
Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

**Educação permanente:**
- Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

**Eficácia/eficiência (resolubilidade):**
- A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde.
-A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

**Equipe de referência/equipe multiprofissional:**
Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes interdisciplinar e transdisciplinar, organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço do hospital, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço.

**Gestão participativa:**
Construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços está incluída a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos diversos serviços do hospital.

**Igualdade:**
O acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, deverá basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

**Integralidade:**
Garantia ao usuário dos serviços da UPA o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, até atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, compreendendo a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

**Sistema de Referência e Contra referência:**
Assegurar a atenção integral aos usuários, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: Intra equipes de saúde, Inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

**Sujeito/subjetividade:**
Entendimento da Identidade pessoal como resultado de um processo de produção de subjetividade coletiva, histórica e determinada por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

**Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH):**
- Aceitação e difusão do conceito de Humanização. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e aos corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e

gestão na rede do SUS.
O compromisso ético-estético político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.
A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com Indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares.
O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

**Profissionais da Recepção:**
Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade.
Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

**Técnico de Enfermagem do A&CR:**
Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
Aferir sinais vitais do paciente;
Encaminhar a usuária para atendimento;
Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames;
Estar alerta se houver algum imprevisto
Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for ocaso;
Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

**Enfermeiro do A&CR:**
Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
Chamar o paciente pelo nome;
Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
Registrar dados da classificação na ficha de atendimento;
Registrar classificação no mapa do A&CR;
Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário;
Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

**Serviço Social:**
Prestara apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;

**Serviço de Vigilância:**
Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
Zelar pela segurança do patrimônio;
Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade;

**Coordenação Médica e de Enfermagem:**

Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

**Para toda a equipe:**
Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho.
O acolhimento humanizado requer uma recepção técnica com escuta qualificada por enfermeiro especialista, para atender a demanda espontânea e programada que chega à unidade, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde do usuário/família e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas detectados. Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, alguns serão direcionados aos serviços especializados.
Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços na Policlínica. A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que o mesmo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

**Caberá a toda equipe de saúde:**
Procurar manter a calma nos casos aparentemente de urgência/emergência (se acaso tiver algum caso) obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, a paciente que chega em sofrimento agudo.
Um acompanhante ou paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. Muitos pacientes que chegam agressivos e ofendendo os funcionários querem "plateia", querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade, ou ainda acionar a Assistente Social.
Responsabilizar-se pelo paciente mesmo quando encaminhado a outros serviços do Hospital.

**Caberá ao técnico de enfermagem:**
Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas.

**Caberá ao enfermeiro:**
Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
Receber as pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários.

**Caberá ao médico:**
Atender às pacientes encaminhadas para consulta médica em seu período de trabalho;
Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

**Acolhimento com Classificação**

O INSTITUTO VIDA E SAÚDE buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a "porta de entrada", executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS. Abordaremos a seguir as principais diretrizes do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR).
Segundo a Política Nacional de Humanização *"acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas*

*preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário"* (PNH/MS, 2006).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos Pacientes.

Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes "internas", "externas", multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.

O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de "bondade" e "favor" por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo.

A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;

Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços;

Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;

Informação aos Pacientes e familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

Os procedimentos, ações, equipe, e outros, propostos neste capítulo foram pautados pelo Manual de Acolhimento e Classificação de Risco, do Ministério da Saúde. O passo a passo e recomendações para implantação do A&CR constam no MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO desta Proposta Técnica.

**Acolhimento do usuário\ família na porta de entrada**
**Abaixo descrevemos o principal caminho de admissão dos pacientes na UPA.**

| **FLUXO DE ADMISSÃO DOS PACIENTES** |
| --- |
| Os pacientes são recepcionados pelo controlador de acesso, ele olha o pedido de exame e retira uma senha, com isso as recepcionistas faz a triagem, e as enfermeiras o encaminham para as respectivas salas. |

O profissional destinado à realização deste acolhimento será o Enfermeiro classificador plantonista.

**Proposta de implantação do acolhimento dos usuários na unidade**

Nas Policlínicas e em serviços de saúde que realizam exames, a adequação da ambiência refere-se a reformas em seus espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos e relações de trabalho. Também se refere à aquisição de mobiliários e equipamentos adequados, de acordo com as boas práticas e a humanização, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE buscará proporcionar as melhores adequações possíveis da estrutura física da UPA para atender as orientações do Ministério da Saúde quanto a este quesito.

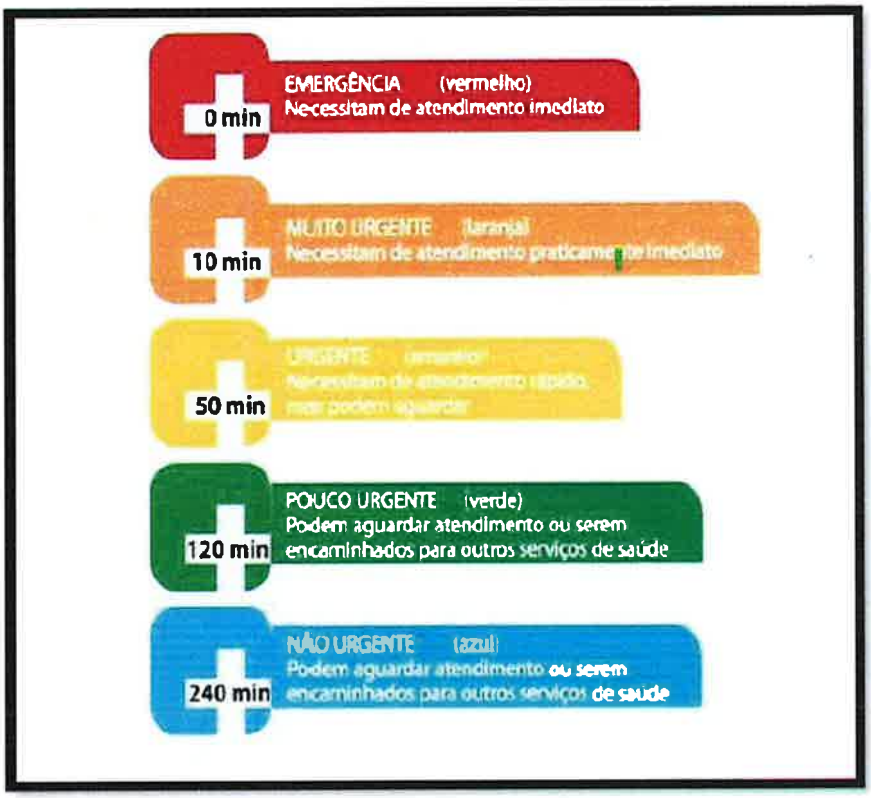
**Orientações do MS para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços que realizam os exames.**

Prever espaços que favoreçam o acolhimento do paciente e sua rede social;

Criar sala de atendimento próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para

o interior do Hospital, facilitando o atendimento e a monitoração dos usuários;
Criar ambiente confortável na Sala de Espera para os usuários e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda;
Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento dos usuários no momento da sua recepção;
Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
Prever sistema de telefonia pública de modo a atender às necessidades dos usuários;
Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

**Tempo alvo para atendimento**




## 1. DEFINIÇÕES

**Quadro 05**

| **Definições** |
|---|
| **Trauma** |
| Lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos(físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas |
| **Trauma Maior** |
| **Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:** |
| **1.Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar** |
| **2. Anatomia da lesão** |
| Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho |

| |
|---|
| Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus |
| Suspeita clínica de instabilidade da pelve |
| Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero) |
| Paralisia de um ou mais membros |
| Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo |
| **3. Mecanismo do trauma** |
| Impacto violento |
| Ejeção do veículo |
| Velocidade do veículo superior a 60 km/h |
| Deformação externa superior a 50 cm |
| Intrusão da lataria superior a 30 cm |
| Capotamento do veículo |
| Morte de um ocupante do mesmo veículo |
| Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h |
| **Trauma Menor** |
| Aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios: |
| Dados vitais normais |
| Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve - moderada |
| Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível |
| Trauma torácico com dor leve sem dispneia |
| Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias |
| Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior |

**Quadro 06**

| **Etiologia** |
|---|
| Acidentes automobilísticos - atropelamentos e colisões |
| Quedas |
| Acidentes de recreação - jogos de contato, mergulho |
| Agressões interpessoais |
| Ferimento por projétil de arma de fogo |
| Ferimento por arma branca |

## 2. MANEJO HOSPITALAR

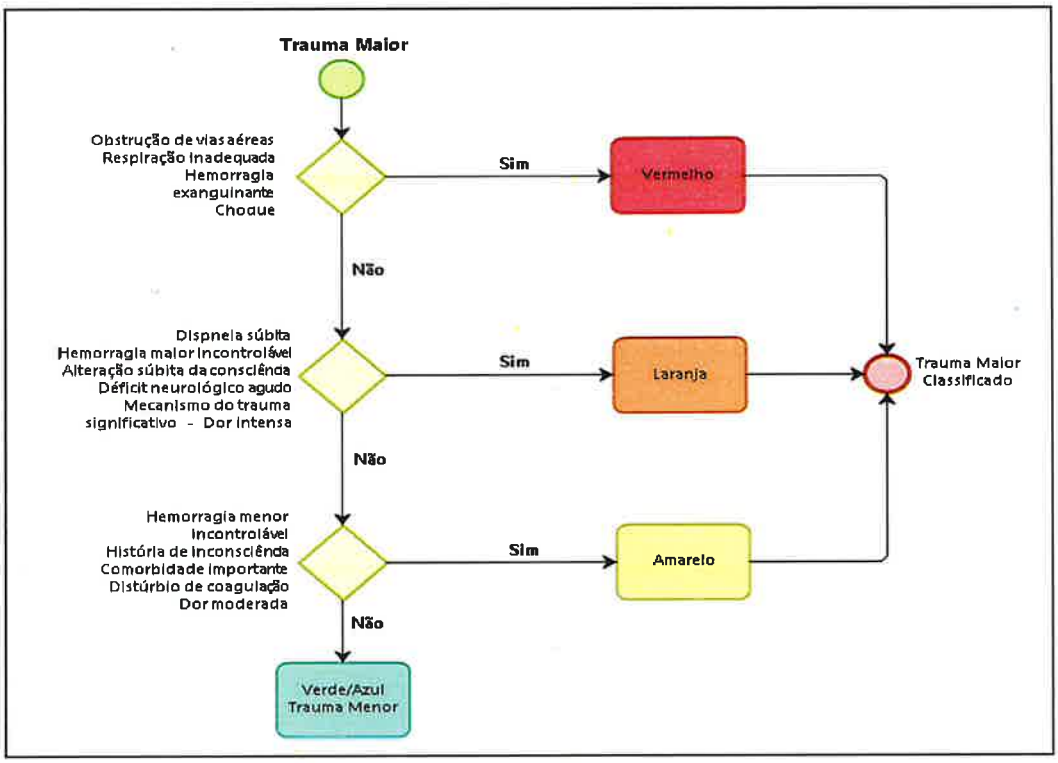
### 2.1. Classificação de Risco

A classificação de risco (Fluxo 01) tem como finalidade de identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado. A sistematização proposta pelo do Colégio Americano de Cirurgiões é de fundamental importância, pois garante estabilização da vítima e triagem adequada para tratamento definitivo.

O mecanismo de lesão, forças de lesão, localização da lesão, e o estado hemodinâmico do paciente determinam a prioridade e o melhor método de avaliação.

**Fluxo 01: Estratificação de Risco - Trauma maior**




## 2.2. Atendimento Pré Hospitalar

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado. A sistematização garante pronto diagnóstico e tratamento com um ganho de tempo fundamental. O mecanismo de lesão, forças de lesão, localização da lesão, e o estado hemodinâmico do paciente determinam a prioridade e o melhor método de avaliação.

**Quadro 07**

| **Cinemática do Trauma** |
|---|
| - Mecanismo do trauma; |
| - Velocidade do veículo; |
| - Tipo de colisão (frontal, lateral, capotamento); |
| - Uso de cinto de segurança |
| - Tempo decorrido até a chegada do resgate |
| - Altura de uma determinada queda, etc. |

**Quadro 08**

| **ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition) - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição** | |
|---|---|
| A ***(Airway)*** | Manutenção de vias aéreas pérvias e controle cervical, acessórios: oximetria de pulso se disponível |
| B ***(Breathing)*** | Avaliação e manutenção da respiração e mecânica ventilatória |
| C ***(Circulation)*** | Manutenção da circulação e controle da hemorragia. Manômetro de pressão. Microondas para aquecer fluidos. Sondagem vesical. |
| D ***(Disability)*** | Avaliação do estado neurológico. Colar cervical e prancha longa |
| E ***(Exposure)*** | Exposição do paciente (retirada das roupas) e controle do ambiente (por exemplo, evitar hipotermia) |

Quadro 09

| Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma |
|---|
| **1. Garantir a segurança do local** |
| **2. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração** |
| **3. Avaliar as vias aéreas:** |
| Manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral |
| Considerar o uso de cânula oro ou nasofaríngea |
| Oximetria e O2 por máscara facial, 10 a 12 l/min, se sato2 < 94% |
| Estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical |
| Colocar o colar cervical assim que possível |
| Avaliar as indicações de via aérea definitiva |
| **4. Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:** |
| Avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular |
| Expor o tórax e avaliar a ventilação |
| Avaliar a simetria na expansão torácica |
| Observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória |
| Avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax |
| No paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax |
| Realizar ausculta torácica |
| Considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas |
| Avaliar as indicações de via aérea definitiva |
| **5. Avaliar a circulação:** |
| Controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado) |
| Avaliar o estado circulatório |
| Avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos) |
| Avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração) |
| Avaliar pulso central e radial |
| Se possível, aferir pressão arterial precocemente |
| **6. Avaliar o estado neurológico:** |
| AVDI (Alerta, Voz, Dor e Inconsciência) ou a Escala de Coma de Glasgow (ECG) |
| Pupilas |
| **7. Expor com prevenção e controle da hipotermia:** |
| Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias |
| Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada |
| Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância) |
| **8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde** |

**Quadro 10**

| **Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma** |
|---|
| **1. Sinais vitais e entrevista ampla (com o paciente, familiares ou terceiros)** |
| Nome e idade |
| Verificação dos sinais vitais |
| Respiração (frequência, ritmo e amplitude) |
| Pulso (frequência, ritmo e volume) |
| Pressão arterial |
| Pele (temperatura, cor, turgor e umidade) |
| S: sintomas? principal queixa? |
| A: tem alergias? problema ou doença atual? |
| M: medicamentos e/ou tratamentos em uso? |
| P: passado médico/prenhez (gravidez) – problemas de saúde ou doença atual? |
| L: ingeriu líquidos ou alimentos? última refeição? |
| A: ambiente do evento? |
| Obs: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares. |
| **2. Avaliação complementar** |
| Glicemia capilar se disponível |
| **3. Exame da cabeça aos pés, frente e dorso** |
| Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade. |
| Propedêuticas a serem utilizadas: Inspeção seguida de palpação, ausculta e percussão. |
| Cabeça e face: |
| Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz e boca; |
| Observar alterações na coloração e temperatura da pele. |
| Pescoço: |
| Avaliar região anterior e posterior; |
| Avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traqueia. |
| Tórax: |
| Observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, movimentos assimétricos, afundamentos, ferimentos incluindo o sinal do cinto de segurança etc. |
| Observar contusões ou lesões abertas, distensão abdominal, dor à palpação e ao rechaço, abdome em tábua e sinal do cinto de segurança. |
| Pelve: |
| Observar sangramentos, contusões ou lesões abertas, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão látero-medial e ântero-posterior. |
| Membros: |
| Observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar) |
| Avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão; |
| Avaliar a sensibilidade; |
| Sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro. |
| Dorso (se possível): |
| Inspecionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos; |
| Palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa em busca de dor. |

## 2.3. Atendimento Hospitalar

### 2.3.1. Trauma Abdominal

A avaliação da circulação durante o atendimento primário inclui uma avaliação precoce para possíveis lesões intra-abdominais e/ou hemorragia pélvica em pacientes que tenham um trauma abdominal. Lesões penetrantes do tronco\dorso entre o mamilo e o períneo devem ser consideradas como potenciais causas de lesões intra-peritoniais.

**Quadro 11**

| **Trauma Abdominal - Conceitos** | |
|---|---|
| **Trauma Contuso ("Fechado")** | - Não ocorre solução de descontinuidade e as lesões ocorrem por mecanismo indireto, podendo cursar com compressão e esmagamento ou cisalhamento de vísceras abdominais; hemorragia; ruptura de órgãos e vasos abdominais além de lesões por desaceleração; |
| **Trauma abdominal penetrante** | - Solução de descontinuidade da pele e ultrapassa o peritônio; |

**Quadro 12**

| **Trauma Abdominal - Exame Físico** | |
|---|---|
| **Inspeção**<br>**Ausculta**<br>**Percussão**<br>**Palpação** | O exame abdominal deve ser completo e seguir a sequência a sequência clássica: Inspeção, ausculta, percussão e palpação. As estruturas adjacentes como tórax, uretra, vagina, períneo, dorso e nádegas podem nos dar pistas de possíveis lesões de órgãos abdominais. Além disso, o exame da bacia é de suma importância nesse momento (será descrito no capitulo de trauma pélvico). Deve ser realizado toque retal e vaginal em todos pacientes politraumatizados com trauma maior e em alguns casos selecionados de trauma menor. |
| **Adjuntos Ao Exame Físico** | |
| **Sondagem Gástrica (SG)** | Permite é a descompressão gástrica antes da realização da Lavagem Peritoneal Diagnóstica quando indicada. Pode-se observar também presença de sangue na sonda sugerindo possível lesão gástrica ou esofágica. Em pacientes com fraturas de face e/ou suspeita de lesão em base de crânio sempre utilizar a via orogástrica. |
| **Sondagem Vesical De Demora (SVD)** | Permite avaliar a perfusão tecidual e descomprimir a bexiga antes do LPD.<br>Em casos de suspeita de lesão de uretra evitar o uso da SVD e solicitar avaliação do urologista. |
| **Raio X** | Rx de tórax ântero-posterior e raio x de bacia na sala de choque é recomendado para pacientes estáveis hemodinamicamente com trauma contuso multissistemico. |
| **FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma)*** | Avaliação da presença de fluidos intra-abdominais que pode ser realizado a beira do leito na sala de choque. Inclui o exame de quatro regiões importantes (saco pericárdico, espaços hepato e esplenorrenal e pelve ou recesso de Douglas), sendo extremamente útil na detecção da causa de choque. |
| **Lavagem Peritoneal Diagnóstica (LPD ou DPL)** | Propicia detectar hemorragia. Deve ser realizado pela equipe de cirurgia e necessita descompressão gástrica e vesical para prevenir complicações. As melhores indicações são os pacientes hemodinamicamente instáveis com trauma abdominal contuso ou em pacientes com trauma abdominal penetrante com múltiplos orifícios ou trajetórias aparentemente tangenciais, quando não disponível ultrassonografia rápida (FAST). A aspiração de conteúdo gástrico, fibras vegetais ou bile durante o procedimento já indica laparotomia urgente. Alem disso a aspiração de 10ml ou mais de sangue requer laparotomia. |
| **Tomografia Computatorizada (TC ou CT)** | Demanda tempo para realização, portanto só deve ser realizado em pacientes hemodinamicamente estáveis nos quais não há uma indicação aparente para laparotomia de emergência. Nunca realizar TC se isto for causar um atraso na |

| | |
|---|---|
| | transferência do paciente para um nível de atenção mais avançado. Vantagem: pode fornecer informações sobre órgãos específicos, além da extensão destas lesões e pode diagnosticar lesões retroperitoneais e pélvicas, as quais não podem ser bem avaliadas pelo exame físico, FAST e LPD. |
| **Laparoscopia ou Toracoscopia Diagnósticas** | Para avaliar pacientes hemodinamicamente estáveis com trauma penetrante e possível lesão tangencial e sem indicação de laparotomia de emergência, sendo útil na detecção de lesões diafragmáticas ou avaliar penetração peritoneal. |

**Indicações de Laparotomia de Emergência**

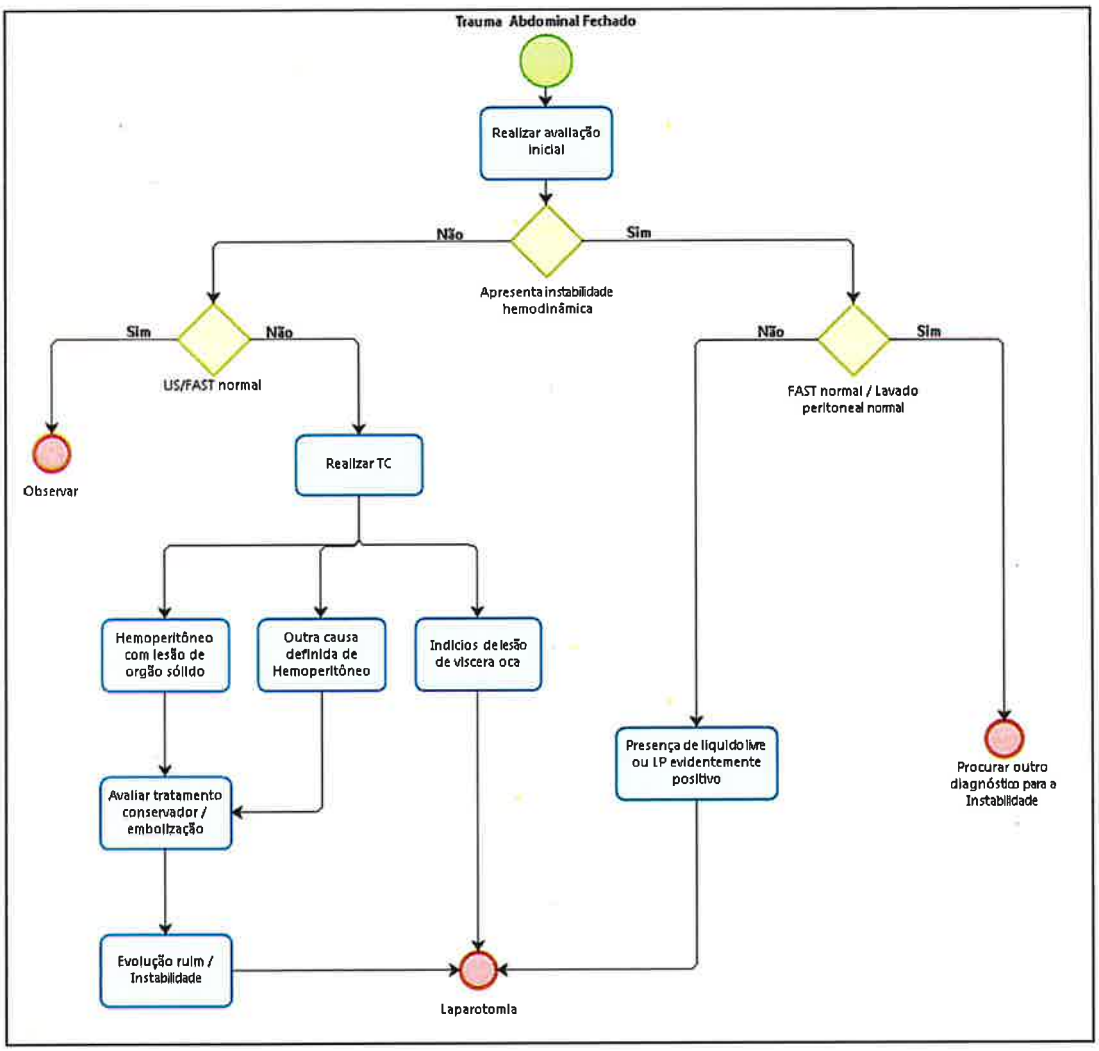
Um julgamento cirúrgico é sempre necessário para determinar a necessidade e o melhor momento para a laparotomia. As indicações abaixo são também comumente usadas para facilitar a tomada de decisão:

**Quadro 13**

| **Indicações de Laparotomia de Emergência** |
|---|
| 1. Trauma abdominal contuso com hipotensão, FAST positivo ou evidências clínicas de sangramento intraperitoneal, ou sem outra fonte de sangramento |
| 2. Hipotensão com uma ferida abdominal que penetra a fáscia anterior |
| 3. Ferimento penetrante que atravessa a cavidade peritoneal |
| 4. Evisceração |
| 5. Sangramento do estômago, reto, ou trato geniturinário seguido a trauma penetrante |
| 6. Peritonite |
| 7. Ar livre na cavidade, ar no retroperitônio, ou sinais de ruptura de hemidiafragma. |
| 8. TC contrastada demonstrando ruptura do trato gastrointestinal, lesão do pedículo renal, ou lesão severa de parênquima visceral após trauma contuso ou penetrante |
| 9. Aspiração de conteúdo gastrointestinal, fibras vegetais, ou bile durante a LPD, ou aspiração de 10 ml de sangue em pacientes instáveis hemodinamicamente. |

Recomenda-se o fluxograma abaixo:

**Fluxo 02: Trauma abdominal fechado**




### 2.3.2. Traumatismo Cranioencefálico (TCE)

**Quadro 14**

| TCE - Tratamento na Sala de Emergência |
|---|
| ABCDE |
| Controle de hemorragias superficiais de crânio com suturas e curativos compressivos |
| Imobilização com colar cervical, na suspeita de fratura cervical ou impossibilidade de avaliação neurológica |
| Definição em relação a necessidade de exames complementares, após a estabilização inicial |
| Reavaliação após a realização de exames de imagem e suporte clínico até a transferência para unidade de menor complexidade ou unidade de terapia intensiva |

**Quadro 15**

| TCE - Avaliação Neurocirúrgica |
|---|
| Acionamento do neurocirurgião, quando necessário (TCE grave, moderado e leve de médio e alto risco) após a fase de estabilização. Para as unidades sem neurocirurgião disponível, providenciar transferência para unidade com atendimento de emergência em neurocirurgia, caso haja estabilidade clínica para tal |

| |
|---|
| - Solicitação de exames complementares adicionais, após estabilização clínica |
| - Auxílio da decisão em relação à retirada do colar cervical |

**Quadro 16**

| **TCE - Tratamento de Urgência** | |
|---|---|
| **Hematoma epidural** | Considerar drenagem para lesões com mais de 1.5cm de espessura |
| **Hematoma subdural** | Considerar drenagem para lesões com mais de 1cm de espessura |
| **Hematomas intracerebrais** | Considerar drenagem para lesões com mais de 20 mL de volume estimado, nas regiões frontal e temporal; considerar drenagem para lesões com mais de 50 mL de volume estimado, para lesões em outras localizações |
| **Outras lesões** | Considerar craniectomia descompressiva para lesões com desvio da linha média, onde haja predomínio de edema cerebral |
| **Para todas as indicações cirúrgicas, será importante também a avaliação e registro da Escala de Coma de Glasgow (ECG) nas primeiras 48 horas.** | |

A escala de coma de *Glasgow* (ECG), estratifica em TCE leve (13-15 pontos), moderado (9-12 pontos) e grave (3-8 pontos). Ela é considerada prognóstica nas primeiras 48 hs.

O tratamento do paciente com suspeição de TCE segue os princípios gerais da abordagem da paciente vítima de trauma, com a identificação e tratamento prioritário daquelas lesões que põem em risco a vida.

Atenção especial deve ser dada à possibilidade e exclusão de lesões associadas, sobretudo as lesões da coluna cervical, devido à potencial gravidade, e às lesões faciais, devido à alta frequência.

O tratamento simultâneo das lesões pode ocorrer quando houver mais de uma lesão potencialmente fatal. A ECG deverá ser registrada no momento da admissão e reavaliada após correção de fatores de confusão potenciais como, por exemplo, hipotensão, hipóxia ou intoxicação exógena.

Ao realizar o exame do crânio e da face, deve-se examinar e palpar toda a cabeça e couro cabeludo em busca de ferimentos, contusões, fraturas, afundamentos e assimetrias, avaliar a simetria e forma das pupilas; os olhos à procura de hemorragias, lesões penetrantes, presença de lentes de contatos; as orelhas e o nariz identificando se há perda de sangue ou líquor; a cavidade oral à procura de sangramentos, lacerações, dentes soltos ou próteses removíveis.

O transporte do paciente para a realização de exames de imagem somente deverá ser feito após a estabilização clínica. Lesões abertas com sangramento ativo deverão, preferencialmente, ser suturadas antes da realização dos exames de imagem.

Sugere-se a prática de tomografia de corpo inteiro (crânio, coluna cervical, tórax, abdome e pelve) para todos os pacientes vítimas de TCE grave provocado por mecanismo de alta energia cinética (atropelamento, ejeção do veículo, queda de altura, etc). A utilização de tomografia de corpo inteiro ou de tomografias seletivas (de acordo com sinais e sintomas, avaliados por médico experiente no momento da admissão) deverá ser definida através de protocolos institucionais.

Recomenda-se a realização de tomografia do crânio e coluna cervical, sem contraste, para todas as vítimas de TCE grave e moderado.

O TCE grave deverá sempre ser tratado como lesão sistêmica, fazendo-se necessária avaliação laboratorial de emergência. Anormalidades da glicemia, sódio ou gasometria arterial deverão ser rapidamente corrigidas visando reduzir a incidência de injúria secundária.

A avaliação neurocirúrgica é recomendada para os pacientes classificados como TCE grave, moderado e leve de alto e médio risco. Caso não esteja disponível de forma imediata, recomenda-se a transferência para avaliação especializada somente após a estabilização clínica.

O atendimento às vítimas de TCE moderado segue os princípios do atendimento ao paciente traumatizado. A perda de pelo menos 2 pontos na ECG deverá motivar nova tomografia, com o intuito de avaliar se houve piora das lesões prévias. Se o paciente apresentar ECG menor doque 9 a qualquer momento, deverá ser procedida intubação orotraqueal e os princípios do TCE grave deverão ser seguidos.

As vítimas de TCE leve constituem um grupo extremamente heterogêneo, com pacientes que transitam entre sintomáticos e sem lesões à tomografia, com lesões menores à tomografia, os que necessitem de monitorização em terapia intensiva, ou ainda com lesões mínimas e situações de risco social que demandam maior tempo de internação.

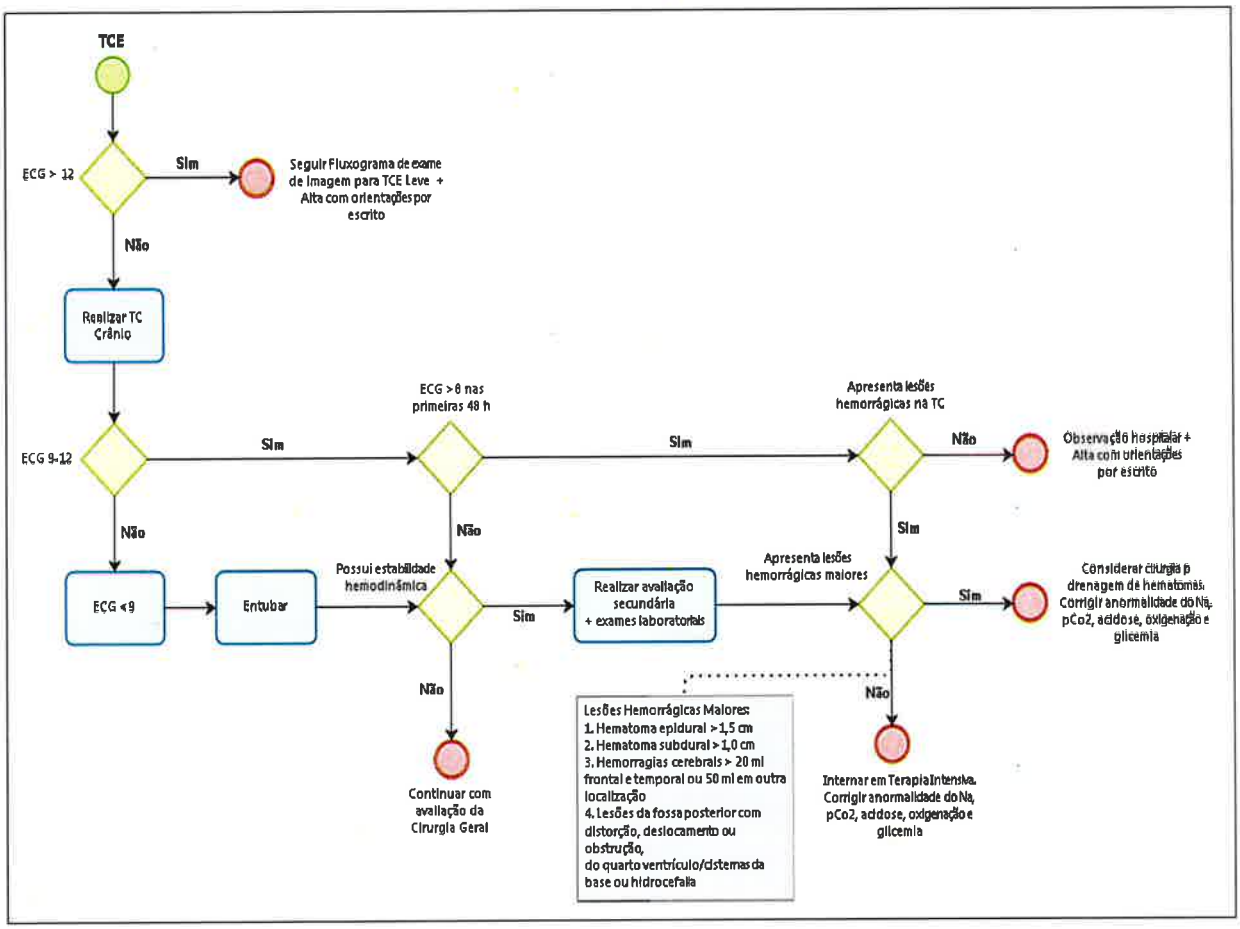
Todos os pacientes com ECG 13 ou 14 deverão realizar tomografia do crânio sem contraste, a fim de se excluir lesões cirúrgicas.

Pacientes com ECG 15 deverão realizar tomografia computadorizada do crânio, de acordo com os critérios canadenses. Pacientes usuários de antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, ou com distúrbios de coagulação deverão ser avaliados de forma individualizada.

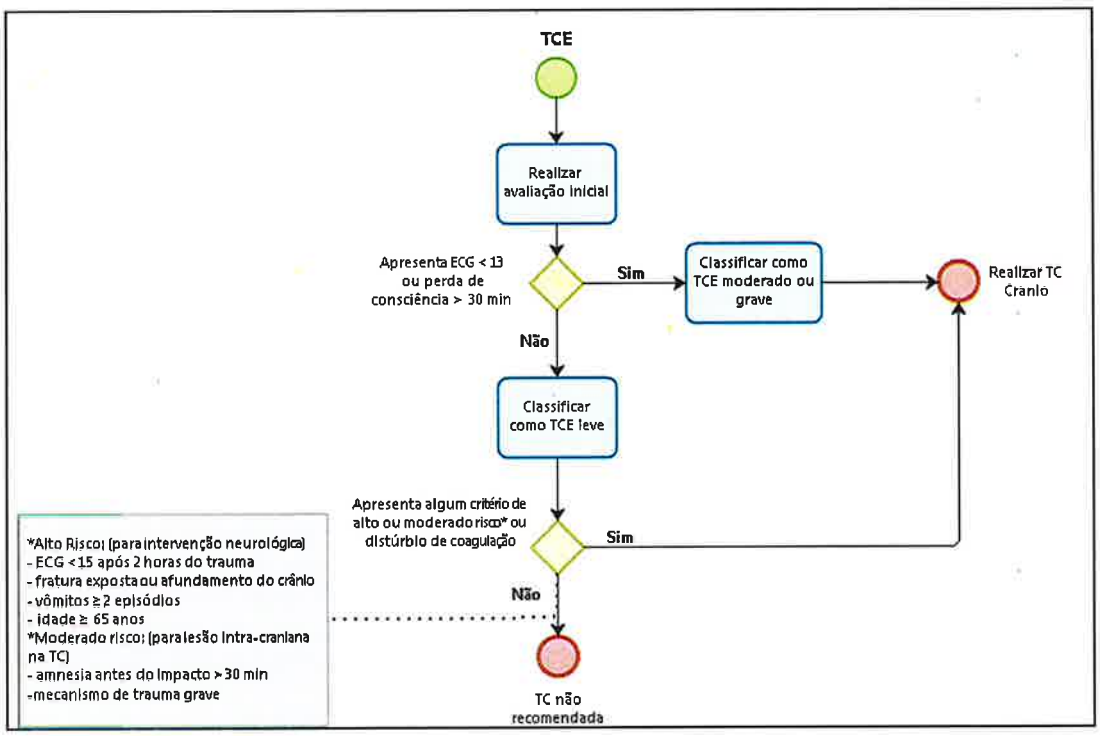
**Quadro 17**

| **Escala de Coma de *GLASGOW*** | | |
|---|---|---|
| | **Adultos** | **Pontos** |
| **Abertura Ocular** | Não abre | 4 |
| | Estímulo verbal | 3 |
| | Estímulo doloroso | 2 |
| | Sem resposta | 1 |
| **Resposta Verbal** | Orientado | 5 |
| | Confuso | 4 |
| | Palavras inapropriadas | 3 |
| | Sons incompreensíveis | 2 |
| | Sem resposta | 1 |
| **Resposta Motora** | Atende aos comandos | 6 |
| | Localiza a dor | 5 |
| | Resposta inespecífica | 4 |
| | Decortificação | 3 |
| | Decerebração | 2 |
| | Sem resposta | 1 |

## Fluxo 03: TCE


TCE
ECG > 12
Sim
Seguir Fluxograma de exame de Imagem para TCE Leve + Alta com orientações por escrito
Não
Realizar TC Crânio
ECG 9-12
Sim
ECG >8 nas primeiras 48 h
Sim
Apresenta lesões hemorrágicas na TC
Não
Observação hospitalar + Alta com orientações por escrito
Não
Não
Sim
ECG <9
Entubar
Possui estabilidade hemodinâmica
Não
Sim
Realizar avaliação secundária + exames laboratoriais
Apresenta lesões hemorrágicas maiores
Sim
Considerar cirurgia p drenagem de hematomas. Corrigir anormalidade do Na, pCo2, acidose, oxigenação e glicemia
Não
Não
Continuar com avaliação da Cirurgia Geral
Lesões Hemorrágicas Maiores:
1. Hematoma epidural >1,5 cm
2. Hematoma subdural >1,0 cm
3. Hemorragias cerebrais > 20 ml frontal e temporal ou 50 ml em outra localização
4. Lesões da fossa posterior com distorção, deslocamento ou obstrução, do quarto ventrículo/cisternas da base ou hidrocefalia
Internar em Terapia Intensiva. Corrigir anormalidade do Na, pCo2, acidose, oxigenação e glicemia

**Fluxo 04: Regra Canadense para a Realização de TC de Crânio no TCE Leve**




### 2.3.3. Traumatismo Raquimedular (TRM)

**Quadro 18**

| TRM - Tratamento na Sala de Emergência |
|---|
| ABCDE |
| Imobilização com colar cervical, na suspeita de fratura cervical ou impossibilidade de avaliação neurológica |
| Definição em relação a necessidade de exames complementares, após a estabilização inicial |
| Reavaliação após a realização de exames de imagem e suporte clínico até a transferência para unidade de menor complexidade ou unidade de terapia intensiva |

**Quadro 19**

| TRM -Avaliação Neurocirúrgica |
|---|
| Acionamento do neurocirurgião após a fase de estabilização. Para as unidades sem neurocirurgião disponível, providenciar transferência para unidade com atendimento de emergência em neurocirurgia, caso haja estabilidade clínica para tal; |
| Solicitação de exames complementares adicionais, após estabilização; |
| Auxilio da decisão em relação à retirada do colar cervical. |

**Tratamento de urgência:**

Múltiplos sistemas de classificação foram descritos para a avaliação prognóstica. De forma geral, deve-se tentar classificar as lesões de acordo com o tipo de déficit (completo ou incompleto) e de acordo com a topografia e o nível (coluna cervical, torácica e lombossacra).

**Quadro 20**

| **TRM - Escala de Incapacidade da *American Spinal Injury Association* (ASIA)** |
|---|
| **A extensão da lesão é definida pela Escala de Incapacidade da *American Spinal Injury Association* (ASIA), utilizando as seguintes categorias:** |
| **ASIA A**: Lesão completa. Sem função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacrais S4-S5; |
| **ASIA B**: Lesão incompleta. Sem função motora, mas com função sensitiva preservada abaixo do nível da lesão, incluindo os segmentos sacrais S4-S5; |
| **ASIA C**: Lesão incompleta. Função motora preservada abaixo do nível da lesão, com a maioria dos músculos apresentando grau de força menor que 3; |
| **ASIA D**: Lesão incompleta. Função motora preservada abaixo do nível da lesão, com a maioria dos músculos apresentando grau de força maior ou igual a 3; |
| **ASIA E**: Normal. Sem alteração das funções motora e sensitiva. |

O tratamento do paciente com suspeita de lesão medular segue os princípios gerais da abordagem do paciente vítima de trauma, com a identificação e tratamento prioritário daquelas lesões que põem em risco a vida.

Deve-se considerar como caso suspeito de lesões medulares pacientes vítimas de trauma com queixa de dor cervical, parestesias nas extremidades ou dificuldades de movimentos.

Para pacientes com qualquer alteração do nível de consciência, considerar sempre a possibilidade de fraturas da coluna ou lesões medulares, até a exclusão com exames de imagens.

Caso seja necessária a intubação orotraqueal ou outra manobra para manutenção das vias aéreas, deve-se tomar o cuidado de não retirar o colar ou, na impossibilidade desta, proceder a estabilização manual da cabeça, retornando o uso tão logo seja possível.

O transporte do paciente para a realização dos exames de imagem somente deverá ser feito após a estabilização clínica.

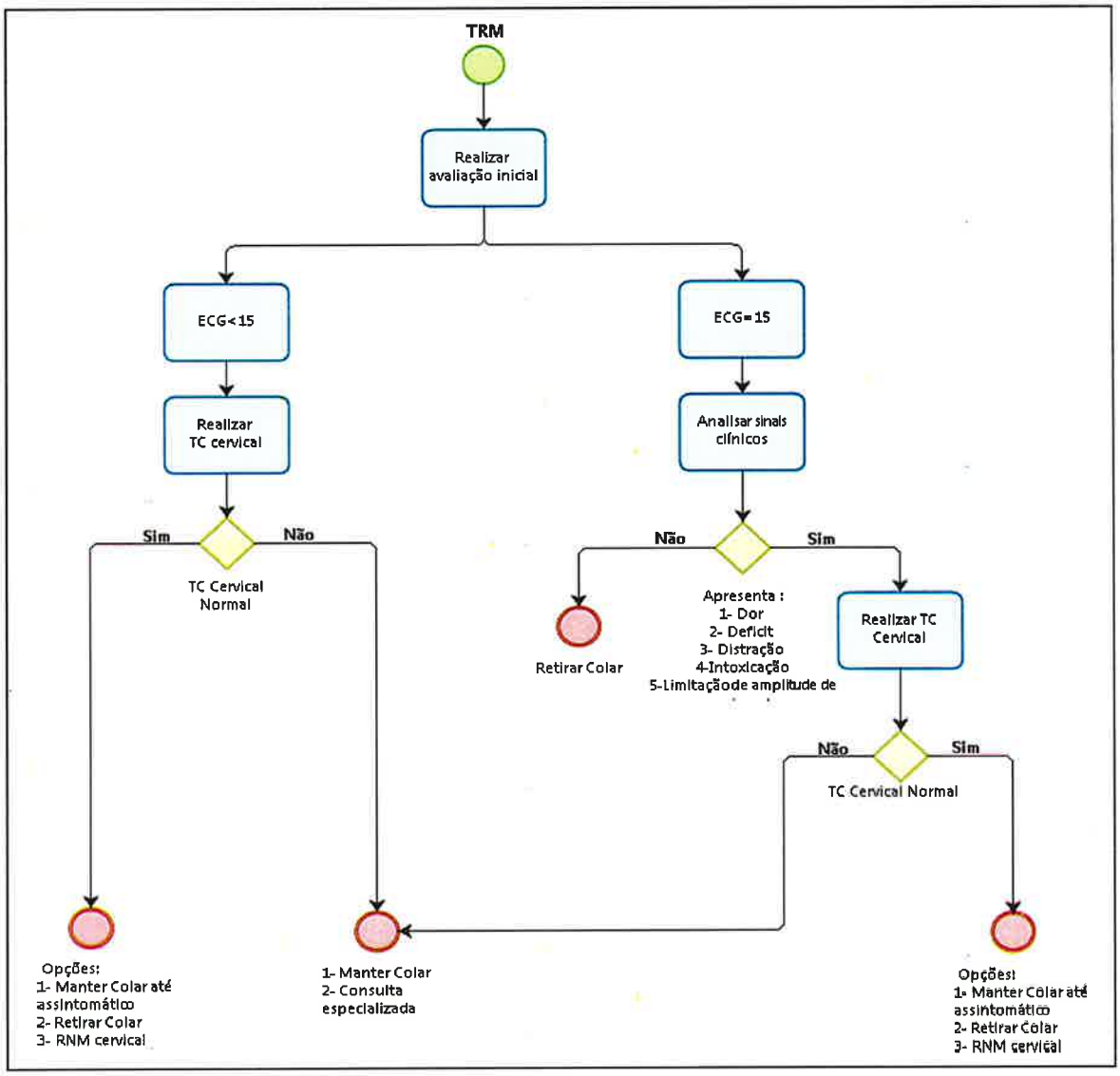
Para o paciente sem alteração do nível de consciência, o colar cervical poderá ser retirado, caso não exista queixa de dor e parestesia, após o teste de movimento lateral e de rotação da cabeça.

Para os pacientes com queixa de dor ou parestesia e para os pacientes com alteração do nível de consciência, recomenda-se a realização de exame tomográfico da coluna cervical, sem contraste. Caso o exame seja normal e o paciente mantenha a queixa de dor ou a alteração de consciência, a retirada do colar poderá ser feita de acordo com a experiência e indicação do médico assistente.

A radiografia da coluna cervical apresenta inúmeras limitações técnicas, sendo frequentemente insuficiente para a exclusão de fraturas da coluna cervical e decisão quanto à retirada do colar. Na indisponibilidade da tomografia, o exame radiográfico ideal consistiria em radiografias da coluna cervical em AP, perfil (com visualização completa da transição C7-T1) e transoral, para visualização do processo odontóide, com retirada momentânea do colar.

Atualmente, parece existir pouco espaço para o tratamento medicamentoso nas lesões medulares traumáticas agudas. Estudos pré-clínicos demonstraram que os corticosteroides podem ter efeito importante para o paciente com lesão medular. Entretanto, ainda não se demonstrou superioridade da administração de corticoterapia na fase aguda, sendo provável que os efeitos colaterais sejam mais evidentes do que os efeitos benéficos, no contexto clínico. Portanto, o uso de corticoesteroides na fase aguda das lesões medulares traumáticas encontra-se abandonado pela maioria dos especialistas no tratamento deste tipo de lesão.

**Fluxo 05: Tomada de decisão na suspeita de TRM cervical**




### 2.3.4. Trauma de Tórax

**Quadro 21**

| **Tipos de Trauma Torácico** | |
|---|---|
| **Traumatismo da Parede Torácica** | |
| **Fraturas das Costelas** | As fraturas de costela (FC) são consideradas um importante indicador de gravidade, especialmente quando são observadas fraturas da 1ª e/ou 2ª costelas, denotando alta energia implicada no acidente, podendo trazer relação com lesões mediastinais, neurológicas, vasculares e até mesmo extratorácicas. Mais comuns são as fraturas da 3ª a 9ª costelas, porém fraturas de costelas inferiores (a partir da 8ª costela) podem estar associados a trauma abdominal |
| **Tórax Instável** | |
| O tórax instável é uma situação peculiar e pouco frequente no qual observa-se fratura de três ou mais arcos costais contíguos, em dois pontos de cada uma das costelas ou ainda fraturas que envolvem ajunção condrocostal. Em ambos os casos o resultando é em um fragmento da parede torácica isolado dos demais | |

| |
|---|
| Os objetivos básicos do tratamento são fornecer oxigênio, analgesia e limpeza adequada da árvore traqueobrônquica, utilizando broncoscopia, se necessário. Não há evidências científicas suficientes sobre o uso de métodos de compressão torácica, o que pode agravar a situação, devido a perda de capacidade vital pulmonar, contribuindo assim para a formação de atelectasias e alteração da mecânica respiratória |
| O tratamento padrão consiste em ventilação mecânica (VM), também conhecida como "fixação interna". Com ela, a parede torácica é estabilizada até que se desenvolva fibrose perilesional, o que geralmente ocorre durante as primeiras três semanas após o trauma torácico |
| Em alguns pacientes com tórax instável, porém com estabalidade hemodinâmica, a ventilação mecânica não invasiva no modo CPAP demonstrou ter menos complicações e mortalidade do que a VM convencional |
| O benefício imediato da fixação cirúrgica é pequeno, seja em termos de morbidade, mortalidade e recuperação funcional. Os pacientes que mais se beneficiam da intervenção são aqueles com lesões anterolaterais e aqueles nos quais a intubação prolongada pode causar mais complicações. A intervenção é recomendada nos casos em que a única causa para a manutenção da VM é o tórax instável, assim como naqueles que necessitam de cirurgia para outras causas, ou ainda naqueles com destruição importante de costelas, também conhecida como "toracoplastia de trauma" |
| **Traumatismo Pulmonar** |
| Em diversas situações, o parênquima pulmonar é acometido de forma abrupta, seja por transmissão de alta energia como nos traumas contusos, ou mesmo por ação direta nos traumas penetrantes. Quando ocorre laceração do pulmão, observa-se ruptura do parênquima, levando ao preenchimento do espaço aéreo com diferentes graus de hemorragia, de forma localizada ou difusa |
| Nestes casos, suturas simples e ressecções não anatômicas das áreas lesionadas podem ser suficientes para a resolução de lesões periféricas. Todavia, para lesões mais profundas que comprometem vasos de maior calibre e brônquios ou vasos hilares, podem ser necessárias lobectomia e até pneumonectomia |
| Em algumas situações, a tractotomia, que consiste na abertura do trajeto lesado e síntese, pode ser útil quando as lesões estão situadas na parte mais profunda do lobo. Nestas situações, usualmente seriam necessárias a realização de um lobectomia. Com esta técnica (tractotomia), consegue-se o "controle da lesão pulmonar" e acesso rápido às causas de hemorragia ou vazamento de ar. Assim o dano é controlado e a necessidade de lobectomia pode ser evitada |
| A abordagem mais utilizada é a toracotomia ântero-lateral, pois permite acesso rápido ao hilo pulmonar e aos vasos da base do coração. Para evitar a passagem do sangue para o pulmão saudável, um bloqueador brônquico é útil quando colocado através de um tubo orotraqueal. O controle do hilo pulmonar por pinçamento, mesmo que manualmente, pode ser necessário em lacerações profundas |
| Hematoma pulmonar pode iniciar a partir de um sangramento parenquimatoso, porém geralmente não interfere nas trocas gasosas. Por outro lado, podem infectar, levando ao abscesso pulmonar. |
| Este, pode ser impercetível inicialmente, e espera-se que possa ser identificado na radiografia de tórax até 24 a 72 horas após o trauma. A TC de tórax é mais precisa para o diagnóstico. A evolução natural do hematoma leva à reabsorção em 3-4 semanas, embora em alguns casos o encapsulamento e a fibrose sejam produzidos |
| Contusões pulmonares podem ter uma apresentação isolada ou evoluir com hemorragia e edema alveolar, levando a hipoxemia e comprometimento da complacência, evpor consequência, insuficiência respiratória. Na TC são observados infiltrados irregulares que tendem à coalescência nos primeiros dias |
| Mesmos nas contusões menores, a internação é aconselhável, visando para manter a oxigenação adequada, fluidificação das secreções e ventilação, e até mesmo a VM não invasiva quando necessário. O uso de antibióticos como profilaxia e corticosteroides não demonstrou eficácia alguma |
| **Acumulações no Espaço Pleural** |

| | |
|---|---|
| **Pneumotórax Traumático** | Aproximadamente 20% dos pacientes que sofreram trauma de tórax desenvolvem pneumotórax ou hemo-pneumotórax, sendo o tratamento do pneumotórax traumático a drenagem pleural (DP). Em casos selecionados, quando o pneumotórax éde pequeno volume, sem repercussão clínica e sem necessidade de VM, existe a possibilidade de manter o paciente sem a drenagem pleural, internado e sob observação. Por outro lado, a cirurgia deve ser indicação nos casos de vazamentos de ar prolongados ou na ausência de expansão pulmonar total |

| | |
|---|---|
| **Pneumotórax Hipertensivo** | O diagnóstico deve ser estabelecido de imediato, através da história clínica e mecanismo de trauma, associado ao exame clínico: dispnéia aguda, dor torácica, taquicardia, turgência jugular e hipotensão arterial. Hipertimpanismo à percussão simples, ausência de murmúrio vesicular |
| | O tratamento deve ser imediato, sem esperar pela confirmação radiológica, através da descompressão do espaço pleural, transformando um pneumotórax hipertensivo em pneumotórax aberto. Uma agulha de grande calibre inserida no 2º espaço intercostal na linha hemi-clavicular permite a descompressão com segurança. Posteriormente, o tratamento definitivo através da drenagem pleural deve ser instituído |
| **Pneumotórax Aberto** | Secundário a um traumatismo penetrante, por uma solução de continuidade da parede torácica, onde há passagem do ar para o interior da cavidade torácica. A ventilação é seriamente afetada, levando a hipóxia e hipercapnia. Inicialmente, o fechamento do defeito deve ser assegurado, e isso pode ser feito provisoriamente com uma bandagem oclusiva estéril denominado curativo de três pontas. Isso permiteque o fluxo de ar seja unidirecional de dentro da cavidade pleural para o meio externo, impedindo o fluxo contrário. O tratamento definitivo é feito através de uma drenagem pleural fechada. |
| **Hemotórax** | A presença de sangue na cavidade pleural (hemotórax) pode ser decorrente de lesões do parênquima pulmonar – que tendem a resolver com a drenagem pleural e expansão pulmonar –, ou do coração e vasos - o que demandam a toracotomia de emergência |
| | A radiografia de tórax é o exame inicial, porém o ultrasson ou a tomografia de tórax apresentam maior sensibilidade. O uso indiscriminado da tomografia de tórax nos traumas torácicos fez com que fossem observados aumento no diagnóstico de hemotórax oculto, mas impacto clínico disso ainda não foi determinado. A tomografia é importante na avaliação do hemotórax retido ou no hemotórax tardio e na definição de cirurgia nestes casos |
| | Em até 80-90% dos casos, o hemotórax é resolvido com a colocação de um dreno intra pleural. Os casos onde a toracotomia de emergência deve ser realizada baseiam-se no volume inicial de sangue drenado, no ritmo de perda de sangue e na hemodinâmica do paciente. Está indicada quando o volume do sangramento inicial é maior que 1.000-1.500 mL de imediato, ou volumes menores que produzem alteraçãohemodinâmica, ou ainda uma drenagem contínua maior que 300 mL/hora nas primeiras três horas |
| | Um risco de morte três vezes maior foi relatado no sangramento total nas primeiras 24 horas de 1.400 mL quando comparado com outro de 500 mL. A videotoracoscopia precoce pode ser indicada em casos de hemotórax persistente em pacientes hemodinamicamente estáveis<br>No caso do hemotórax retido, a videotoracoscopia realizada precocemente pode reduzir os dias de drenagem, a permanência hospitalar e os custos hospitalares. Também poderia evitar o desenvolvimento de empiema pleural (PE), mas não há estudos que avaliem especificamente esse resultado. Até o momento, o momento em que a intervenção deveria ocorrer não foi esclarecido, embora nos primeiros dez dias após o trauma pareça ser um limite razoável. O uso de fibrinolíticos no hemotórax retido não foi suficientemente estudado |
| **Quilotórax Traumático** | |
| A ruptura traumática do ducto torácico é rara. Foi descrito associado a fraturas da clavícula, trauma esofágico e trauma na coluna vertebral. Geralmente é resolvido espontaneamente duas ou três semanas após o acidente. O tratamento baseia-se na drenagem pleural e no suporte nutricional com a abstençãode triglicerídeos de cadeia longa. A ligação do ducto torácico é a solução em casos sem resposta ao tratamento conservador. A pleurodese por talco é uma alternativa em pacientes que não são candidatos à cirurgia | |

| Trauma da Via Aérea |
| --- |
| Lesões iatrogênicas da via aérea podem ser produzidas após intubação orotraqueal, traqueostomia ou procedimentos endoscópicos. Aquelas que são de origem traumática podem ocorrer mais frequentemente após trauma torácico fechado, com uma incidência que varia entre 0,5% e 3%. Em nosso meio, traumas causados por esfaqueamento ou tiro são bastante são comuns |
| Nas lesões de origem iatrogênica, o trauma das vias aéreas é geralmente visto na forma de lacerações da face membranosa da traquéia cervical. Pode haver também rupturas cartilaginosas com lesões da traqueia torácica ou dos brônquios (principalmente do brônquio direito). O teste diagnóstico básico é a broncoscopia, que localiza e avalia a lesão e auxilia na orientação da colocação do tubo endotraqueal e na garantia da via aérea. O tratamento clínico conservador é uma alternativa eficaz em alguns casos, especialmente em lesões iatrogênicas da membrana com menos de 3 cm. O uso de antibióticos profiláticos parece razoável para evitar a mediastinite. |
| A estenose cicatricial está presente em 2 a 3% dos pacientes operados, e pode ser necessário aplicar tratamentos como dilatações, endopróteses, laser e reconstrução cirúrgica |
| **Traumatismo do Mediastino** |
| A contusão cardíaca é o trauma cardíaco fechado mais frequente. Geralmente se origina no ventrículo direito devido à sua proximidade com a caixa torácica anterior. As lesões valvares geralmente afetam as cordas tendíneas e os músculos papilares do aparelho subvalvar e é a valva aórtica que é mais frequentemente lesada. A ruptura miocárdica representa a lesão mais grave e pode ser a causa de morte imediata ou causar tamponamento cardíaco. A ruptura do septo interventricular é menos frequente. |
| As rupturas valvares ou do septo interventricular causam insuficiência cardíaca aguda. As contusões podem ser assintomáticas e passar despercebidas ou apresentar uma dor do tipo anginosa, que piora com a respiração. Os níveis séricos de troponina-I e troponina-T têm baixa sensibilidade, embora os níveis normais na ausência de alterações no eletrocardiograma possam ter um valor preditivo negativo de 100%. |
| A radiografia simples de tórax pode demonstrar alargamento da silhueta cardíaca e fratura do esterno, denotando lesão torácica anterior de alto impacto. A ultrassonografia com Doppler é o procedimento diagnóstico de escolha. |
| Contusão cardíaca com poucas repercussões clínicas meramente requer observação. Se aparecerem arritmias, o tratamento é indicado. Se houver instabilidade hemodinâmica, a pressão venosa e da artéria pulmonar deve ser monitorada, enquanto o débito cardíaco deve ser controlado quando da administração de fluidos e inotrópicos. Em algumas circunstâncias, um balão de contrapulsação intra-aórtico (BIA) pode ser necessário. Anticoagulação é reservada para aqueles casos com trombos intraventriculares ou se a cirurgia com circulação secundária é necessária. |
| As indicações para cirurgia são hemopericárdio, por ruptura cardíaca ou de artéria coronária, e lesões valvares graves ou fístulas interventriculares que provocam instabilidade hemodinâmica incontrolável. |
| Traumatismos cardíacos penetrantes causados por esfaqueamento ou por ferimentos de arma de fogo são comuns em nosso meio e podem evoluir com perda maciça de sangue. |
| A esternotomia mediana é o acesso padrão ao coração, mas a toracotomia ântero-lateral submamária esquerda oferece acesso mais rápido e confortável. Após a abertura do pericárdio, a lesão miocárdica dve ser suturada com monofilamento suportado por um retalho de material bioprotético. |
| A toracotomia submamária de emergência é reservada para pacientes que apresentam sinais vitais na chegada ao pronto-socorro, a fim de controlar a lesão, realizar manobras de ressuscitação e transferir o paciente para a sala de cirurgia. Mesmo assim, a sobrevivência é limitada. |
| O tamponamento cardíaco é uma situação que geralmente ocorre em lesões pontiagudas que penetram na cavidade cardíaca, embora também possa ocorrer em casos de ferimentos por arma de fogo e em trauma torácico fechado. A tríade de Beck e o sinal de Kussmaul são dados específicos do exame físico, mas podem não estar presentes ou serem difíceis de encontrar. Nesses casos, deve-se atentar para dados objetivos que possam determinar o diagnóstico. |
| A pericardiocentese é indicada nos casos em que não há resposta às medidas de reanimação e quando a suspeita de tamponamento cardíaco é alta, por ser uma medida transitória muito eficaz. Uma janela de pericárdio subxifoide é uma boa alternativa, mas isso deve ser realizado na sala de cirurgia por um cirurgião experiente. |

O uso de dobutamina no controle da hipotensão e sobrecarga de volume só deve ser aplicado em pacientes hipovolêmicos, pois em outros pode agravar o tamponamento. A solução definitiva para a lesão cardio-pericárdica é a intervenção cirúrgica por toracotomia ou esternotomia para exploração cardíaca. Isso deve ser feito imediatamente se a pericardiocentese for confirmada ou fortemente suspeita.

**Trauma dos Grandes Vasos Mediastinais**

Em casos de ruptura destes vasos, produz-se uma hemorragia maciça com óbito na cena do trauma. Aqueles que conseguem chegar vivos ao hospital, geralmente apresentam uma laceração contida pela adventícia do vaso, e devem ser manejados por equipe experiente.

**Trauma do Diafragma**

Rupturas menores, especialmente secundárias a feridas penetrantes e que afetam o hemidiafragma direito, são ainda mais difíceis de diagnosticar.

Uma vez diagnosticada, as lacerações diafragmáticas devem ser reparadas. Dado que na maioria dos casos também há lesões no abdome, a laparotomia é considerada a abordagem inicial nos casos agudos. A toracotomia é reservada para casos com lesões tratáveis no tórax, como hemotórax maciço ou suspeita de lesão cardíaca. Também é útil em casos de ruptura do hemidiafragma direito, onde o fígado pode complicar a reparação através do abdome. A videotoracoscopia tem sido utilizada para confirmação do diagnóstico em pacientes estáveis; em mãos experientes, também pode ser terapêutico

**Trauma Esofágico**

Comprometimento esofágico nos traumas são raros, geralmente são secundários a lesões penetrantes, sendo o pescoço a área mais frequentemente afetada. Os sintomas geralmente são inespecíficos, ocasionalmente passando despercebidos. A dor constante pode não aparecer até algumas horas após a produção da lesão. Outras manifestações clínicas, como dispnéia, tosse e hematêmese, podem ser confundidas no centro de um politraumatizado.

A radiografia simples pode ser normal ou encontrar enfisema mediastinal e cervical. A TC helicoidal é mais específica para a detecção do enfisema mediastinal e pode ser completada com a administração oral de contraste hidrossolúvel. O esofagograma é o teste diagnóstico de escolha quando há alta suspeita de perfuração. A endoscopia digestiva só é indicada se houver dúvidas diagnósticas.

O tratamento cirúrgico nas primeiras 24 horas após a perfuração é a melhor opção. Dentro deste prazo, a taxa de mortalidade média é de 20%, embora possa chegar a mais de 60% se for deixada por mais tempo. A cirurgia consiste em amplo desbridamento e fechamento primário em duas camadas: mucosa e muscular, coberta por um enxerto bem vascularizado (pleura, músculo intercostal, etc.). O repouso esofágico é obtido com um tubo esofágico para aspiração acima da sutura e um tubo gastrojejunalpercutâneo de duplo lúmen para evitar vômito e refluxo gástrico e permitir a nutrição enteral através da sonda jejunal.

As perfurações mais complicadas tratam-se por meio de desbridamento mediastinal e drenagem ou fistulização direcionado com o tubo T de Kehr. Outra possibilidade é a exclusão esofágica com o uso de grampeamento automático com grampos absorvíveis no pescoço e no cárdia, para posterior restabelecimento da comunicação. Em todos os casos, deve haver ampla cobertura antibiótica.

**Corpos Estranhos Intra-Torácicos Secundários ao Trauma**

Inicialmente, pode haver corpos estranhos impactados no tórax secundário ao trauma torácico. Se forem grandes e o paciente estiver em situação instável, devem ser extraídos por meio de toracotomia. Se os corpos estranhos forem enterrados em alguma parte do tórax e o momento agudo tiver passado, sua extração depende de vários fatores. Se eles são grandes, localizados perto das estruturas vitais e causam sintomas, é preferível extraí-los usando toracotomia. Essa intervenção também deve ser realizada se estiverem localizados em situação intravascular, devido à possibilidade de migração.

**Trauma Torácico Grave**

O exame primário deve começar com a via aérea, estabelecendo a existência de lesões ou obstruções por corpos estranhos. A orofaringe deve ser examinada para verificar se há lesões laríngeas. Na exploração desse tipo de lesão, é importante verificar a qualidade da voz do paciente e avaliar a presença do estridor. No trauma cervicotorácico, o pescoço e a articulação esternoclavicular devem ser cuidadosamente examinados, pois uma luxação posterior pode obstruir a via aérea.

Outra parte básica da revisão primária é a avaliação da respiração enquanto examina o paciente

| |
|---|
| (movimentos respiratórios, frequência respiratória, ritmo, presença de cianose) para descartar a hipóxia. |
| A avaliação inicial da circulação envolve palpar o pulso do paciente (frequência e regularidade) e a inspeção da circulação periférica (coloração e temperatura da pele). É importante verificar o pescoço veias para distensão (se houver hipovolemia e tamponamento cardíaco ou pneumotórax hipertensivo, eles não podem ser distendidos). A pressão arterial e o pulso devem ser medidos com os métodos de monitoramento correspondentes. Trauma devido a desaceleração súbita e trauma torácico central pode acarretar lesões miocárdicas causando arritmia, especialmente se houver acidose e hipóxia. Contrações ventriculares prematuras e atividade elétrica sem pulso ou dissociação eletromecânica (ritmo no eletrocardiograma, mas com ausência de pulso) podem ser encontradas em tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, choque hipovolêmico e até mesmo em ruptura cardíaca. |

**Quadro 22**

| **Trauma Torax - Evolução e Complicações** |
|---|
| Embora haja grande variedade de complicações associadas ao trauma torácico, a insuficiência respiratória, a pneumonia, o desconforto respiratório e a infecção pleural são os mais frequentes. Eles estão diretamente relacionados à gravidade do trauma e à comorbidade do paciente. A situação clínica às vezes exige o uso prolongado da UTI e uso de VM, aumentando o risco de pneumonia nosocomial. |
| Empiema pleural pode ser uma complicação importante de um hemotórax. Seu tratamento inicial é a drenagem pleural e, em caso de persistência e loculação, pode ser necessário o uso de substâncias fibrinolíticas ou da realização decorticação pulmonar (por videotoracoscopia ou toracotomia). A prevenção envolve uma cobertura antisséptica adequada ao colocar-se um dreno pleural, juntamente com a administração profilática de antibióticos. |

**Quadro 23**

| **Trauma Tórax - Recomendações** | |
|---|---|
| **Fraturas das Costelas** | A radiografia simples de tórax deve ser rotineiramente solicitada para confirmar a suspeita clínica. No caso de múltiplos fraturas costais e traumatismo torácico de de alta energia, o uso da TC justifica-se para determinar a presença e gravidade das lesões associadas |
| | A hospitalização é recomendada nas seguintes situações: quando três ou mais costelas são fraturadas; no caso de fratura da primeira ou segunda costela; se houver lesões graves e complicações associadas; e nos casos de comorbidade importante, especialmente em pacientes idosos |
| | A observação na UTI é recomendada em pacientes com múltiplos fraturas costais, especialmente se bilaterais, e comorbidades graves |
| | Nos casos de fraturas costais das duas primeiras costelas, o exame físico e os estudos são necessários para descartar lesões vasculares ou do sistema nervoso associadas |
| | A analgesia peridural é superior à infusão intravenosa de opiáceos para o controle da dor em pacientes com fratura costal múltipla ou bilateral. A fisioterapia respiratória é recomendada para todos os pacientes com fratura costal |
| | Em fraturas costais inferiores, a presença de lesões abdominais deve ser pesquisada |
| **Tórax Instável** | A monitorização, os estudos radiológicos e a gasometria arterial são recomendadas em pacientes com tórax instável que não necessitam de intubação |
| | A VM não invasiva é uma alternativa à intubação em pacientes com tórax instável que desenvolvem insuficiência respiratória e não apresentam lesões nos pulmões ou em outros órgãos que necessitem de intubação orotraqueal e VM |
| **Lesões Pulmonares Traumáticas** | A hospitalização é recomendada para todos os pacientes acometidos por contusão pulmonar e seu tratamento é feito com medidas gerais, restrição de líquidos e fisioterapia respiratória |
| | A sutura simples é a melhor opção cirúrgica nas lacerações pulmonares, evitando grandes ressecções, exceto nos casos de laceração pulmonar maciça |
| | O tratamento do hematoma pulmonar não complicado é a observação |

| | |
|---|---|
| **Pneumotórax Traumático** | O pneumotórax traumático é tratado com drenagem pleural, exceto nos casos de pneumotórax mínimo. Tanto o pneumotórax hipertensivo como o pneumotórax aberto constituem emergências cirúrgicas imediatas |
| | A indicação cirúrgica de pneumotórax traumático simples é limitada a casos de vazamentos de ar mantidos e quando há falta de expansão pulmonar |
| **Hemotórax Traumático** | A cirurgia de emergência é recomendada após avaliação da idade, comorbidade e alterações de coagulação, considerando-se que o hemotórax tem possíveis indicações para a cirurgia nos seguintes casos:<br>○ Pacientes em choque hipovolêmico ou com instabilidade hemodinâmica e suspeita de lesão intra-torácica grave.<br>○ Sangramento persistente maior do que 300 mL/h nas três primeiras horas<br>○ Sangramento imediato maior de 1.500 mL após a drenagem pleural |
| | Suspeita de lesão intra-torácica grave. A |
| | Videotoracoscopia deve ser reservada para pacientes com hemotórax persistente com estabilidade hemodinâmica. |
| | A videotoracoscopia está indicada nos casos de hemotórax retido, especialmente se a drenagem pleural e a fibrinólise endopleural falharam. |

| **Ruptura das Vias Aéreas** |
|---|
| Dada a suspeita ou diagnóstico de ruptura traqueobrônquica, a primeira prioridade é garantir a via aérea e a oxigenação do paciente. |
| O diagnóstico deve basear-se no exame físico e na radiografia simples de tórax, reservando a TC para lesões duvidosas com evolução torácica. |
| Nos casos de importante enfisema subcutâneo, insuficiência respiratória e pneumotórax tratados com drenagem pleural, na ausência de expansão pulmonar, a ruptura da via aérea principal deve ser descartada imediatamente. |
| Quando há suspeita de ruptura traqueobrônquica, a broncoscopia deve ser realizada. Pacientes com ruptura confirmada das vias aéreas e insuficiência respiratória devem ser tratados cirurgicamente o mais rápido possível. |
| O tratamento conservador pode ser uma alternativa em lesões pequenas, geralmente lesões iatrogênicas que não apresentam repercussões clínicas ou lesões associadas em outros órgãos intratorácicos. |
| Traumatismo Cardíaco dos Grandes Vasos Mediastinais |
| A contusão miocárdica é corretamente diagnosticada pela determinação da enzima CK-MB e troponina I. Exceto por complicações, não requerem tratamento específico. |
| O esfaqueamento secundário com tamponamento cardíaco deve ser encarado como uma emergência imediata. A pericardiocentese deve ser feita apenas como uma medida transitória enquanto aguarda a cirurgia. |
| As rupturas da aorta torácica descendente podem ser tratadas por meio de endopróteses vasculares, que apresentam menos possibilidades de lesões isquêmicas medulares. |

**Quadro 24**

| **Trauma Tórax - Complicações, Evolução e Pós-efeitos** |
|---|
| A cobertura anti-séptica é recomendada ao inserir um dreno de tórax. Da mesma forma, a administração profilática de antibióticos é recomendada para prevenir a formação de empiema pleural. |
| A decorticação pleural é indicada em pacientes jovens com comprometimento da capacidade respiratória, como consequência do fibrotórax pós-traumático. |
| Nas fraturas esternais não consolidadas acompanhadas de dor e instabilidade, o tratamento cirúrgico é indicado. O tratamento em unidades especializadas de dor crônica é recomendado para pacientes com dor residual após traumatismo torácico. |

Quadro 25

| Lesões Torácicas – Divisão segundo Colégio Americano de Cirurgiões | |
|---|---|
| **Lesões com risco iminente de vida (devem ser diagnosticadas e prontamente tratadas no exame primário)** | **Lesões com potencial risco de vida (devem ser suspeitadas e investigadas/tratadas no exame secundário)** |
| Obstrução da via aérea | Pneumotórax simples |
| Pneumotórax hipertensivo | Hemotórax |
| Pneumotórax aberto | Contusão pulmonar |
| Tórax instável | Laceração traqueobrônquica |
| Hemotórax maciço | Traumatismo contuso do coração |
| Tamponamento cardíaco | Ruptura traumática de aorta |
| | Ruptura traumática de diafragma |
| | Ferimentos transfixantes do mediastino |

Quadro 26

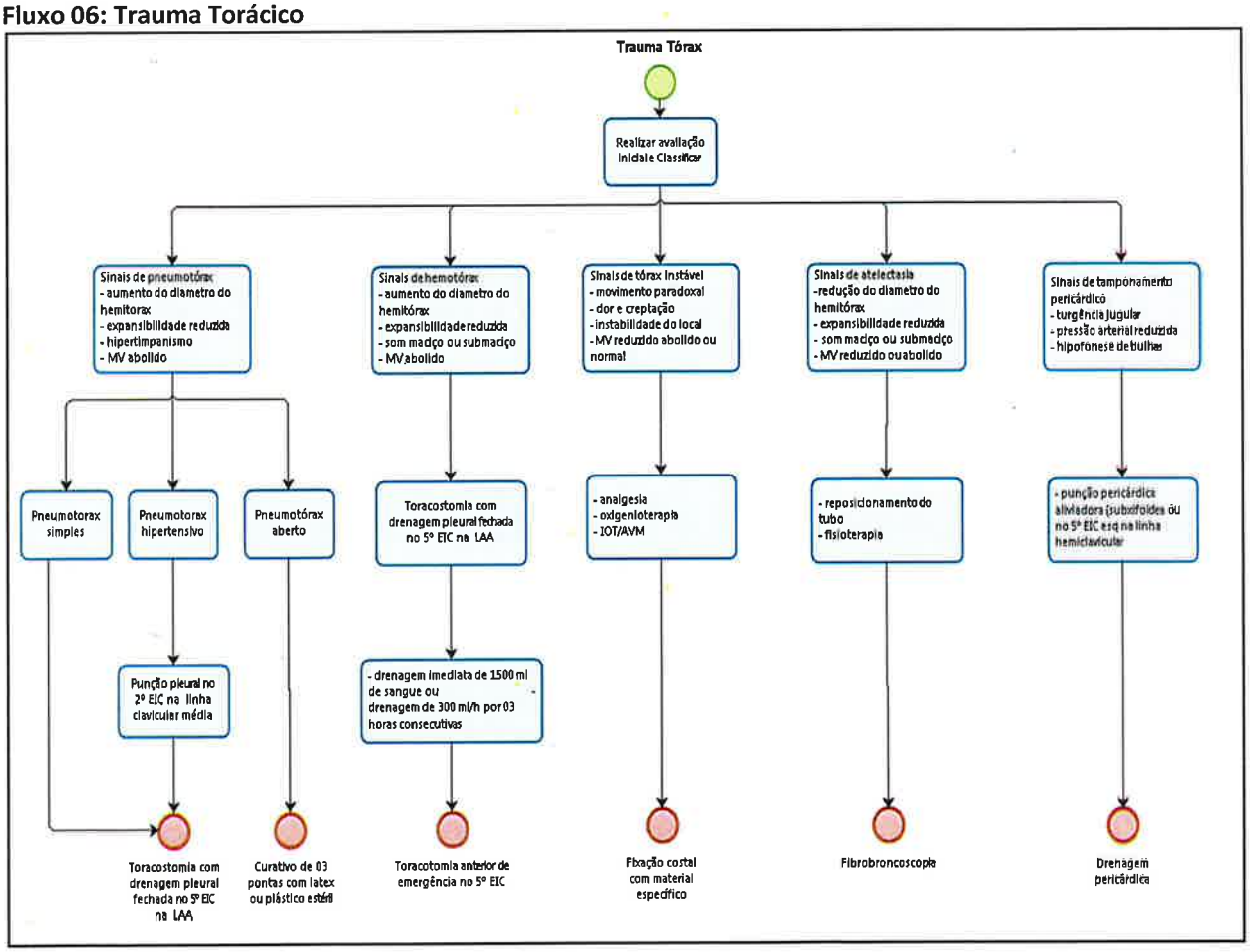
| Sinais e Sintomas das Principais Lesões Traumáticas | |
|---|---|
| **Lesão** | **Sinais e sintomas** |
| **Obstrução da via aérea** | Dispnéia; estridor; sinais de hipoxemia |
| **Pneumotórax hipertensivo** | Dispnéia; taquipnéia; redução ou ausência de MV, hipertimpanismo e redução da expansão torácica do lado acometido; desvio traqueal, sinais de choque |
| **Pneumotórax aberto** | Dispnéia, lesão extensa de parede torácica |
| **Tórax instável** | Dispnéia, dor torácica, crepitação de arcos, movimento paradoxal; sinais de hipoxemia |
| **Hemotórax maciço** | Choque hipovolêmico; redução ou ausência de MV; macicez à percussão |
| **Tamponamento cardíaco** | Hipotensão arterial; turgência jugular; abafamento de bulhas; pulso paradoxal e sinal de Kussmaul (não presentes se choque hipovolêmico associado) |
| **Pneumotórax simples** | Dispnéia, dor torácica; redução ou ausência de MV, hipertimpanismo e redução da expansão torácica do lado acometido |
| **Hemotórax** | Dispnéia; redução ou ausência de MV, macicez à percussão do lado acometido |
| **Contusão pulmonar** | Dispnéia; sinais de hipoxemia, sinais de trauma violento à parede torácica |
| **Laceração traqueobrônquica** | Dispnéia; enfisema de subcutâneo, enfisema de mediastino; estridor; sinais de hipoxemia |
| **Traumatismo contuso do coração** | Arritmias, sinais de trauma contuso violento ao pré-córdio |
| **Ruptura traumática de diafragma** | Dispnéia, redução de MV, ausculta de ruídos hidroaéreos no tórax |

Obs: É importante salientar que no trauma torácico todos os sinais e sintomas dependem do grau da lesão (por exemplo, um Pneumotórax pequeno é menos sintomático que um de maior volume) e da frequente associação de lesões (por exemplo, em casos de tamponamento, a turgência jugular, o pulso paradoxal e o sinal de Kussmaul podem não estar presentes se houver choque hipovolêmico associado).

Quadro 27

| Conduta nas principais lesões traumáticas | |
|---|---|
| **Lesão diagnosticada** | **Conduta proposta** |
| **Obstrução da via aérea** | Assistência ventilatória (se necessário, cricotiroidostomia) e desobstrução por broncoscopia rígida ou, raramente, toracotomia |
| **Pneumotórax hipertensivo** | Punção descompressiva e drenagem pleural |
| **Pneumotórax aberto** | Curativo em três pontos seguido de drenagem pleural |
| **Tórax instável** | Analgesia vigorosa e assistência ventilatória |
| **hemotórax maciço** | Drenagem pleural, reposição volêmica e toracotomia exploradora |
| **Tamponamento cardíaco** | Pericardiocentese e/ou drenagem pericárdica |
| **Pneumotórax simples** | Drenagem pleural |
| **Hemotórax** | Drenagem pleural |
| **Contusão pulmonar** | Analgesia vigorosa e fisioterapia respiratória; quando necessário, restrição hídrica e assistência ventilatória |
| **Laceração traqueobrônquica** | Permeabilização da via aérea e cirurgia, se necessário |
| **Traumatismo contuso do coração** | Monitorização cardíaca e tratamento de arritmias |
| **Ruptura traumática de aorta** | Tratamento cirúrgico especializado |
| **Ruptura traumática de diafragma** | Na fase aguda, laparotomia e correção da hérnia |
| **Ferimentos transfixantes do mediastino** | Investigação extensa e cirurgia conforme achados |

Fluxo 06: Trauma Torácico



0074/03

### 2.3.5. Trauma Completo de Extremidades

**Quadro 28**

| **Trauma Complexo de Extremidades - Avaliação** | |
|---|---|
| **Avaliação Primária** | |
| Seguir ABCDE. | |
| **Avaliação Secundária** | |
| A avaliação secundária é o exame completo do paciente, que inclui história detalhada e exame físico, incluindo a reavaliação dos sinais vitais. | |
| **Exame Físico** | **O que procurar** |
| **Inspeção** | Evidências de trauma contuso<br>Evidências de trauma penetrante<br>Deformidades<br>Cianose, palidez, enchimento capilar |
| **Palpação** | Dor<br>Crepitação<br>Movimentos anormais |
| **Pulsos periféricos** | Presença/ausência<br>Simetria |
| **Pelve** | Estabilidade<br>Evidências de fraturas |
| **Neurológico** | Sensibilidade<br>Motricidade |

**Quadro 29**

| **Trauma Complexo de Extremidades - Recomendações** |
|---|
| 1. Não se esquecer de providenciar a rolagem do paciente em bloco, para inspeção e palpação do dorso |
| 2. Radiografias devem ser realizadas, exceto quando há deformidade óbvia com necessidade de realinhamento (lesão arterial diagnosticada ou fratura luxação com pressão sobre a pele e iminência de exposição) |
| 3. Pacientes hipotensos podem não ter pulso palpável ou enchimento capilar satisfatório. O Doppler trifásico deve ser utilizado se disponível |
| 4. Não tentar provocar crepitações. Este é um achado potencialmente presente durante a palpação e, uma vez identificado, significa que não deve haver manipulação passiva ou ativa adicional do membro até estudo radiológico |

**Quadro 30**

| **Trauma Complexo de Extremidades - Objetivos da Avaliação das Lesões de Extremidades** |
|---|
| 1. Tratar lesões dos membros que ameacem a vida (avaliação primária) |
| 2. Tratar lesões dos membros que ameacem sua viabilidade (avaliação secundária) |
| 3. Conduzir uma avaliação sistemática para evitar a não detecção de lesões musculoesqueléticas (reavaliação continua) |

**Quadro 31**

| **Trauma Complexo de Extremidades - Lesão Arterial e Amputação Traumática** | |
|---|---|
| **Destaques: Lembrar que hemorragia arterial importante nos membros pode resultar de:** | 1. Amputação traumática do membro; |
| | 2. Trauma penetrante com laceração de uma grande artéria; |
| | 3. Fratura próxima a uma artéria, que pode produzir laceração na mesma; |
| | 4. Luxação ou fratura-luxação em uma articulação próxima a uma artéria importante, que pode lacerar a mesma. |

Lembrar que lesão arterial com risco de isquemia do membro pode ocorrer diante de traumas contusos, por esmagamento, penetrantes, torcionais e luxações. A lesão arterial oclusiva produz um membro frio, pálido e sem pulsos distais.

**Quadro 32**

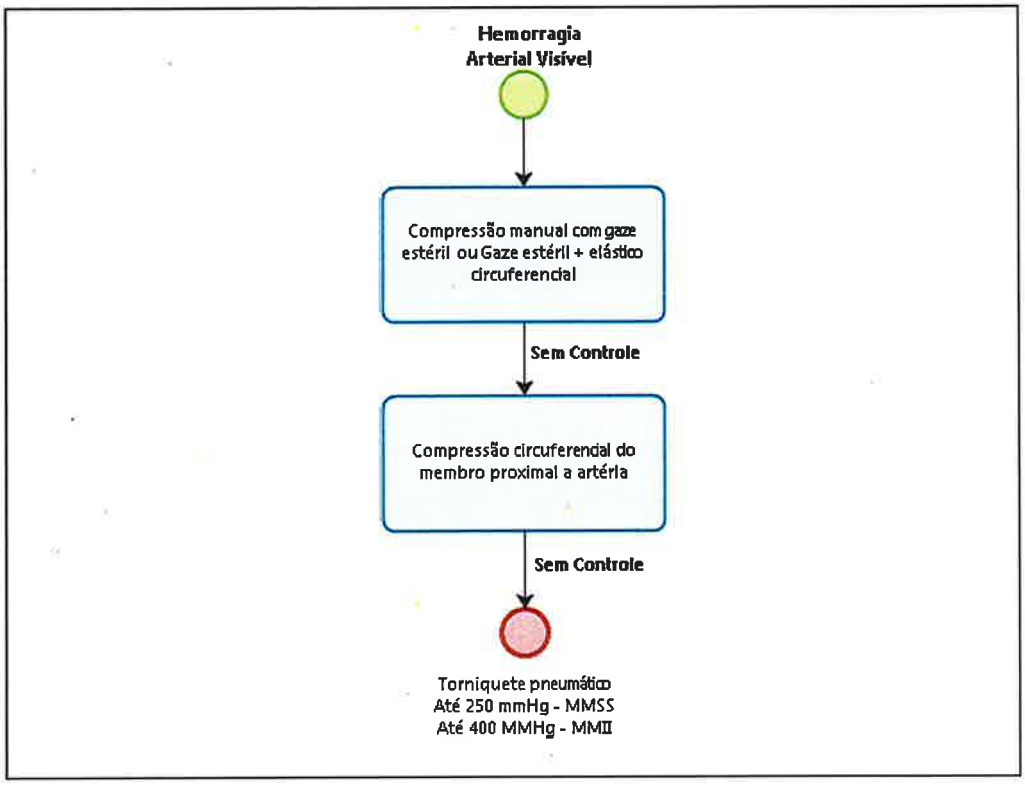
| **Trauma Complexo de Extremidades - Armadilhas** |
|---|
| 1. Mesmo uma fratura fechada pode causar lesão arterial, em função da laceração causada por fragmentos ósseos; |
| 2. Uma luxação pode se reduzir (voltar ao lugar) espontaneamente, ou mesmo após alguma manipulação no momento do trauma. Uma vez na sala de emergência, a equipe pode não atentar para o risco de que aquela luxação possa ter produzido lesão arterial no momento do trauma. |
| 3. Mesmo que não haja suspeita inicial de lesão vascular no atendimento a uma fratura ou luxação, é muito importante avaliar pulsos antes e após a manobra, pois existem situações em que a manobra de redução ou realinhamento provoca lesão arterial. |
| 4. Uma lesão da íntima arterial pode produzir um padrão de lesão suboclusiva. Neste caso, ao invés de um membro pálido e frio, pode haver apenas redução da amplitude dos pulsos distais e lentificação do enchimento capilar, mascarando a lesão arterial grave. Outra possibilidade é de que, em certos sítios anatômicos, a presença de circulação colateral pode retardar o diagnóstico de lesão arterial grave. |

**Quadro 33**

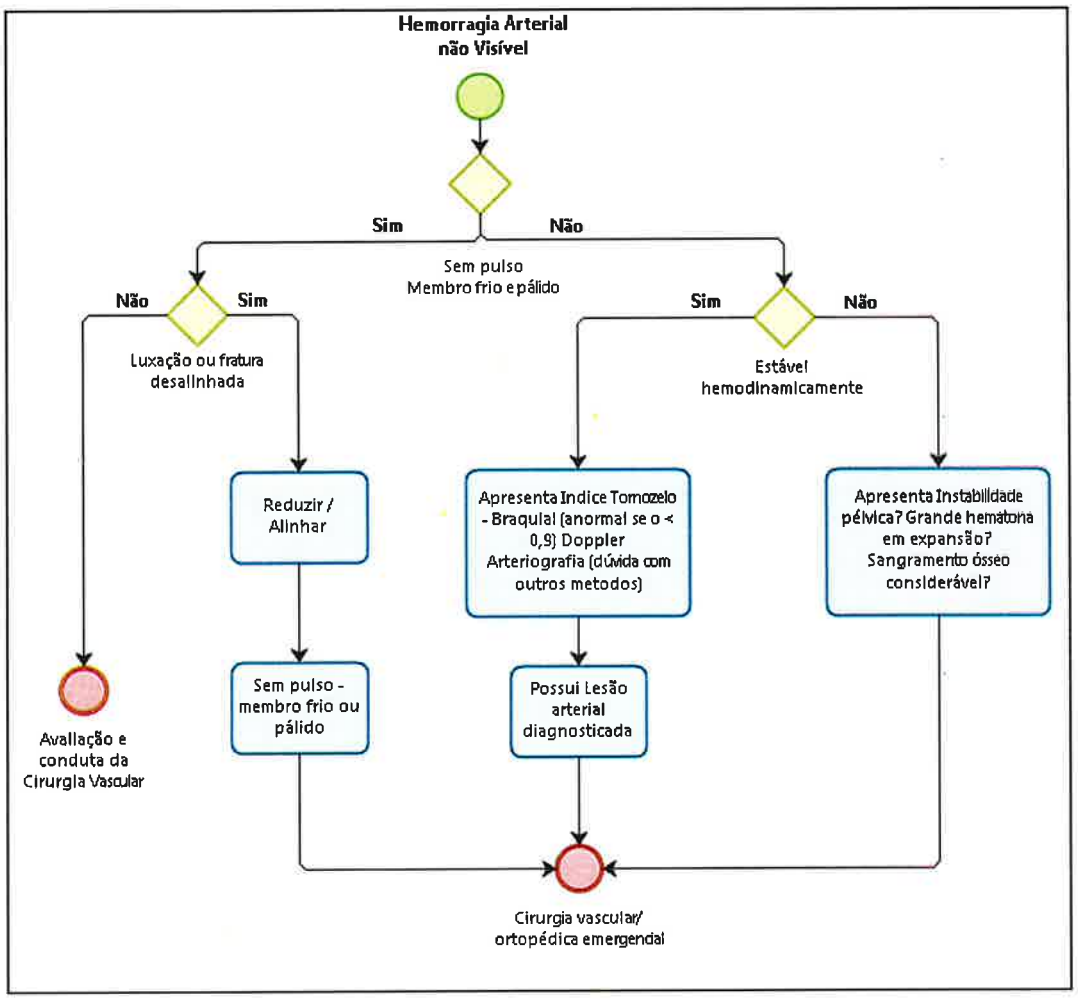
| **Trauma Complexo de Extremidades - Condutas** |
|---|
| 1. Lembrar-se de realinhar fraturas e aplicar talas imediatamente antes de atuar sobre a lesão arterial. |
| 2. Lembrar-se de reduzir luxações imediatamente antes de atuar sobre a lesão arterial e aplicar uma tala. Mesmo que a tentativa de redução não tenha logrado êxito, deve-se imobilizar o membro com uma tala. |
| 3. O alinhamento de fraturas e redução de luxações nunca deve atrasar o tratamento de emergência de lesões arteriais importantes. Se não for possível corrigir tais problemas em alguns segundos, passar para o controle da hemorragia propriamente dito. |

Seguir os fluxogramas abaixo.

**Fluxo 07: Hemorragia Arterial Visível.**



**Fluxo 08: Hemorragia Arterial Não Visível.**




### 2.3.6. Trauma Ortopédico

**Quadro 34**

| **Tratamento de Emergência das Lesões Traumatológicas Ortopédicas** |
|---|
| **Tratamento Imediato da Emergência:** |
| Cobertura da área ferida com gaze ou tecido limpo após limpeza com água corrente ou soro fisiológico (quando possível) |
| Imobilização provisória com o material disponível |
| Tratamento na Sala de Emergência |
| Controle de sangramento: pressão sobre o local do sangramento, elevação do membro ou torniquete, em última instancia |
| Exposição de todo o membro para avaliar lesões associadas |
| Imobilizar o membro em posição funcional |
| Verificar a necessidade de profilaxia contra tétano |
| Iniciar antibioticoterapia quando necessário |
| Tratamento pelo Ortopedista |
| Avaliação clínica do paciente: estado vascular e neurológico do membro |
| Solicitação de exames de imagem pertinentes |
| Radiografias em duas incidências |

| |
|---|
| Radiografias em incidências especiais, quando houver necessidade de melhor investigação |
| Tomografia computadorizada nas fraturas articulares e ocultas |
| **Tratamento de Urgência:** |
| Luxações: redução imediata (incruenta ou cruenta) |
| Fraturas expostas: antibioticoterapia conforme protocolo, cirurgia imediata, para limpeza e desbridamento, com fixação definitiva ou provisória na dependência de recursos disponíveis e estado clínico do paciente |
| Fratura instável da pelve associada à instabilidade hemodinâmica: fixação externa imediata |
| Fratura articulares (joelho, tornozelo, pé, cotovelo e punho) de alta energia: fixação externa transarticular |
| Fraturas com lesão vascular associada: abordagem conjunta com cirurgião vascular e fixação definitiva ou provisória na dependência de recursos disponíveis e estado clínico do paciente |
| Fraturas diafisárias do fêmur, tíbia ou úmero em pacientes com fraturas múltiplas: fixação externa (controle de dano) |
| Síndrome compartimental: fasciotomia imediata. |
| Fraturas proximais do fêmur em paciente idoso (acima de 60 anos): avaliação clínica imediata e cirurgia nas primeiras 48 horas |

**Fraturas Expostas**

As fraturas expostas são aquelas em que o foco fraturário comunica-se diretamente com o meio externo. Associam-se invariavelmente a lesões de partes moles, cuja gravidade se relaciona diretamente com a energia do trauma e com o risco de complicações, como infecção e pseudoartrose.

**Quadro 35**

| **Classificação Gustilo e Anderson** |
|---|
| I – Baixa energia, exposição menor do que 1 cm, baixo grau de contaminação e cominuição. |
| II– Exposição entre 1 cm e 10 cm, contaminação, lesão de partes moles e cominuição moderadas. |
| III– Exposição maior do que 10 cm, alto grau de lesão de partes moles e contaminação. |
| IIIA – Permite cobertura primária |
| IIIB – Cobertura primária não é possível |
| IIIC – Lesão arterial que necessita de reparo |

**Quadro 36**

| **Fraturas Expostas - Destaques** |
|---|
| A antibioticoprofilaxia precoce é o fator isoladamente mais importante na prevenção de infecção. Idealmente, deve-se iniciar antes de 3 horas, mas já há evidência de que deve haver um esforço na administração endovenosa de cefalosporinas de primeira geração ainda em fase pré-hospitalar, na primeira hora após o trauma. |
| A cobertura antitetânica deve ser avaliada e, se necessário, atualizada. |

As recomendações sobre quais os agentes antimicrobianos de escolha encontram-se disponíveis na quadro abaixo:

**Quadro 37**

| **Agentes antimicrobianos de acordo com a gravidade da fratura.** | |
|---|---|
| **Classificação** | **Esquema Antimicrobiano** |
| **Tipo I** | Cefalosporina 1º geração (Cefalotina)<br>Clindamicina se alergia a β lactâmicos |
| **Tipo II** | Cefalosporina 1º geração (Cefalotina)<br>Clindamicina se alergia a β lactâmicos<br>+<br>Aminoglicosídeo (Gentamicina)<br><br>Alternativas:<br>Cefalosporina 3° geração (Ceftriaxone) |
| **Tipo III** | Cefalosporina 1º geração (Cefalotina)<br>Clindamicina se alergia a β lactâmicos<br>+<br>Aminoglicosídeo (Gentamicina)<br><br>Alternativas:<br>Cefalosporina 3° geração (Ceftriaxone) |
| **Contaminação fecal ou clostridial potencial** | Considerar o acréscimo de Penicilina ao esquema de Cefalotina + Gentamicina |

*A critério da CCIH de cada hospital, este esquema proposto deve ser adaptado.

**Síndrome Compartimental**

Síndrome compartimental ocorre quando há uma elevação da pressão dentro de um compartimento miofascial suficiente para causar isquemia muscular e neural. Pode ocorrer por um aumento do conteúdo do compartimento - como nas hemorragias ou extravasamento intersticial decorrente de isquemia de reperfusão - ou redução do volume do compartimento, como ocorre com curativos circunferenciais compressivos.

**Quadro 38**

| **Síndrome Compartimental - Destaques** |
|---|
| 1. Locais mais comuns: perna, coxa, região glútea, antebraço, pé, mão. |
| 2. Mecanismos de maior suspeição: fraturas de tíbia e antebraço, curativos apertados, lesão grave por esmagamento, reperfusão após isquemia prolongada, queimaduras, exercício extenuante; |
| 3. O reconhecimento tardio pode ser catastrófico, acarretando déficit neurológico, contratura isquêmica, infecção, atraso de consolidação de fraturas e amputação; |
| 4. O diagnóstico é clínico, podendo ser complementado por mensuração da pressão compartimental (maior que 30mmHg = pressão elevada). |
| 5. Sinais como redução de pulsos, lentificação do enchimento capilar e fraqueza neuromuscular são sinais não comumente presentes ou representam alterações tardias. |
| 6. Quanto menor a pressão arterial sistêmica, menor a pressão necessária para produzir síndrome compartimental. |

**Quadro 39**

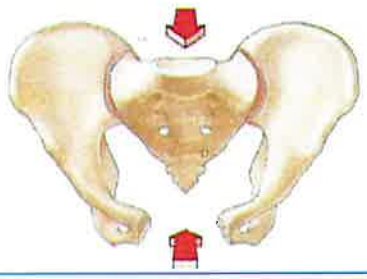
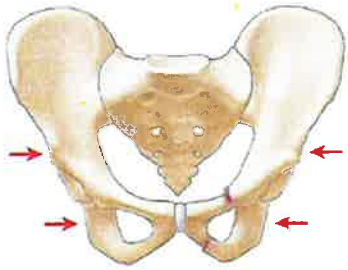
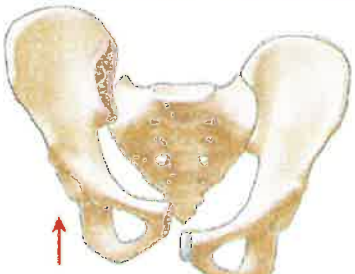
| Síndrome Compartimental - Diagnóstico |
|---|
| Dor de intensidade desproporcional ao trauma ou à palpação do segmento lesionado. |
| Dor à extensão passiva da musculatura do compartimento testado. |
| Edema com aspecto "hipertensivo" no compartimento testado. |
| Parestesias ou disestesias distais ao compartimento testado. |

Quando houver suspeita razoável de síndrome compartimental, o tratamento não deve ser adiado. Deve-se proceder de imediato à fasciotomia descompressiva dos compartimentos envolvidos, sob pena de lesão isquêmica do membro e rabdomiólise com insuficiência renal aguda.

### 2.3.7. Trauma Pélvico

As fraturas do anel pélvico ocorrem normalmente após trauma de alta energia. A direção e magnitude da força de impacto determinam o padrão de lesão. A gravidade imediata do quadro se relaciona principalmente com a ruptura do plexo venoso pélvico e do sangramento das superfícies ósseas, mas, menos comumente, podem ocorrer roturas de ramos arteriais do sistema ilíaco interno.

**Quadro 40**

| Classificação do Trauma Pélvico | | |
|---|---|---|
|  |  |  |
| **A- Compressão antero-posterior** | **B-Compressão lateral** | **C-Cisalhamento vertical** |
| **Tipo A: compressão AP. Tipo B: compressão lateral. Tipo C: instabilidade vertical** | | |
| A. Força direcionada de anterior para posterior (acidentes de trânsito, atropelamentos): produz rotação externa da hemipelve atingida, com rotura da sínfise púbica e dos ligamentos pélvicos posteriores. A pelve se alarga e há risco de hemorragia grave e fatal, | | |
| B. Força aplicada lateralmente sobre a pelve: neste caso, ocorre uma rotação interna atingida. É o mecanismo mais comum nos acidentes com veículos motorizados. Usualmente não causa hemorragia grave, exceto em pacientes idosos. Uma vez que há rotação interna da pelve, o púbis pode se projetar sobre o conteúdo visceral, causando lesão de uretra e/ou bexiga, por exemplo. | | |
| C. Força de cisalhamento vertical: quedas de altura, geralmente acima de 4 metros, produzem uma força no plano vertical, rompendo o os ligamentos sacroespinhal e sacrotuberal e causando instabilidade pélvica, com sangramento potencialmente fatal. | | |

**Tratamento:**

Medidas gerais: ressuscitação volêmica com ao menos 2 acessos venosos antecubitais, com cateteres 14 a 18G. Se necessário, venóclise subclávia. Na impossibilidade de acesso periférico, usar infusão intra-óssea no úmero proximal, como uma ponte até que se obtenha êxito no acesso

a veia periférica. Lembrar que não se deve buscar acesso em veia infradiafragmática em face de trauma pélvico grave.

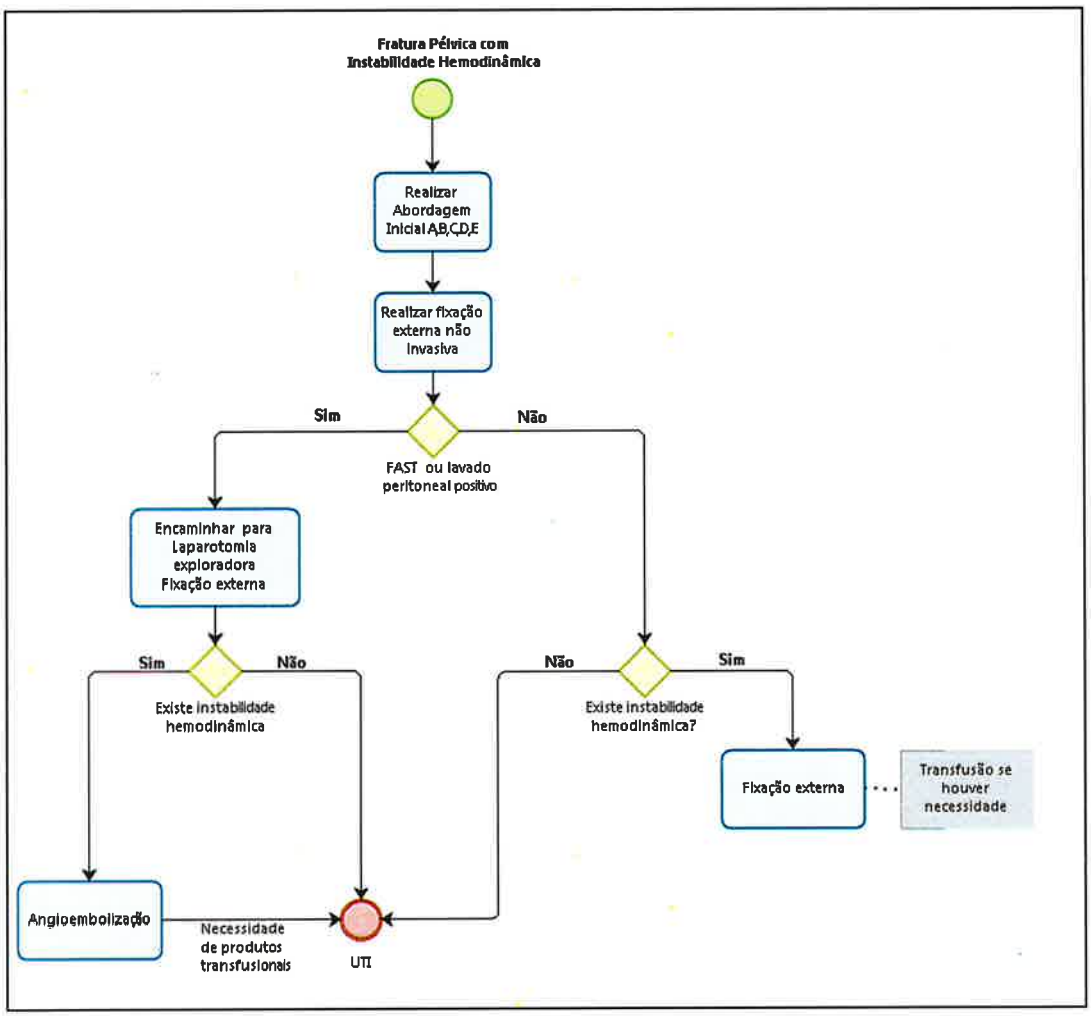
Além da abordagem às possíveis lesões viscerais concomitantes, a instabilidade pélvica associada à hemorragia interna deve ser emergencialmente tratada por ressuscitação volêmica e compressão por meio de um torniquete pélvico, usualmente lençóis. A correta aplicação é necessária (pontos de compressão sobre os trocânteres maiores) e deve-se monitorar constantemente o paciente, com vistas a evitar pontos assimétricos de pressão e úlceras sobre proeminências ósseas.

Uma vez obtida a estabilização hemodinâmica, procede-se à liberação parcimoniosa do garrote. Caso venha a ocorrer novamente instabilidade hemodinâmica, e, uma vez excluídas outros fatores causais, deve-se aplicar novamente o torniquete, radiografar a pelve e encaminhar ao centro cirúrgico para fixação externa por médico ortopedista. Neste caso, a instabilidade rotacional é tratada por fixador externo anterior, e a instabilidade vertical ou a rotacional com rotura completa dos ligamentos posteriores deve ser fixada por clampe em C e cinta.

Se o paciente permanece estável com a aplicação do torniquete e há tempo hábil para estudo radiológico da pelve, deve-se preferir a TC sobre a radiografia, em face da sensibilidade relativamente baixa desta última. Se houver instabilidade hemodinâmica e evidências de fratura pélvica instável ao exame clínico, prefere-se a radiografia sobre a TC, por tratar-se de um exame rápido e aí sim com sensibilidade razoável, uma vez que o exame físico já aventa a suspeita de lesão grave.

Situação ainda mais grave se estabelece quando a ressuscitação volêmica e aplicação do torniquete pélvico não propiciam estabilização hemodinâmica, e há suspeita ou confirmação de fratura desviada do anel pélvico. Nestes casos, assume-se que há grande possibilidade de a causa do sangramento ser arterial, de modo que a angiografia imediata e possível embolização seimpõem.

**Fluxo 9: Fratura pélvica com instabilidade hemodinâmica.**



## 3. MANEJO ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.

**Quadro 41**

| **Atribuições, Competências e Responsabilidades** | |
|---|---|
| **Profissional** | Competências e Responsabilidades |
| **Recepção** | - Realizar a admissão dos pacientes, e encaminhá-los imediatamente à sala de triagem (pacientes previamente classificados em vermelho e laranja possuirão prioridade no atendimento)<br>- Atender telefonemas e comunicar à equipe sobre a possível chegada de vitimas de trauma;<br>- Organizar o fluxo de pacientes vindos pelo pré-hospitalar e pela central de assistência de outros municípios, evitando superlotação do serviço. |
| **Médico** | - Realizar atendimento aos pacientes por ordem de prioridade determinada pela classificação de risco de gravidade;<br>- Realizar exame primário de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgiões;<br>- Realizar a reanimação das funções vitais;<br>- Proceder à realização de exame secundário;<br>- Iniciar Protocolo para Trauma abdominal;<br>- Solicitar Vaga em Unidade de Terapia Intensiva quando indicado;<br>- Identificar paciente com traumatismo abdominal em trauma aberto ou fechado;<br>- Requisitar Internação do paciente via Central de Regulação, quando necessário;<br>- Liberar os pacientes que não necessitarem de internação;<br>- Solicitar exames laboratoriais necessários através do sistema eletrônico;<br>- Verificar a todo o momento, no sistema eletrônico, se o resultado do exame solicitado já está disponível;<br>- Solicitar exames radiológicos necessários através do sistema eletrônico;<br>- Solicitar e realizar exames ultrassonográficos, necessários;<br>- Solicitar exames tomográficos necessários através do sistema eletrônico;<br>- Solicitar bolsas de hemocomponentes necessários a agencia transfusional, via sistema eletrônico;<br>-Prescrever sondagens vesicais, orogástricas ou nasogástricas, quando necessárias;<br>- Avaliar necessidade de manutenção/colocação de colar cervical;<br>- Prescrever as medicações e orientações necessárias para cada caso;<br>- Registrar rigorosamente a anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, conduta e tratamento na ficha eletrônica do paciente;<br>- Prescrever a Terapia Nutricional;<br>- Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal e venoso central e estabelecer melhor via para aplicação da Terapia Nutricional;<br>- Orientar os pacientes, familiares ou responsáveis legais quanto aos riscos e benefícios do procedimento;<br>- Assegurar registros da evolução e procedimentos médicos. |
| **Enfermeiro** | - Realizar a classificação de risco de acordo com o preconizado pelo Protocolo de triagem;<br>- Encaminhar o paciente para atendimento médico de emergência e urgência de acordo com as prioridades determinadas pela classificação de risco;<br>- Orientar o paciente quanto à previsão de tempo para o atendimento;<br>- Realizar atendimento às vítimas de trauma, providenciando material para realização procedimentos médicos preconizados a cada paciente;<br>- Coordenar e realizar os procedimentos invasivos inerentes à prática de enfermagem, de acordo com a prescrição médica, tais como: 1. Sondagem vesical em pacientes sem suspeitas de lesões pélvicas;<br>2. Sondagem gástrica: orogástrica em pacientes com suspeita de TCE e nasogástrica nos demais. 3. Acesso venoso periférico;<br>Auxiliar equipe medica em procedimentos de assistência ao trauma abdominal, tais como: lavados peritoneais, FAST, Laparoscopia, Laparatomia de emergência;<br>- Registrar os procedimentos realizados; |

| | |
|---|---|
| | - Comunicar ao medico alterações relevantes no estado geral dos pacientes;<br>- Orientar a equipe responsável quanto aos cuidados no transporte de pacientes estáveis à radiologia, bloco cirúrgico ou demais setores;<br>- Acompanhar pacientes instáveis à radiologia, bloco cirúrgico, CTI e demais setores, oferecendo-lhe suporte a vida de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgiões;<br>- Realizar contato com os setores de apoio (serviço de radiologia, laboratório de analises clinicas e agencia transfusional), quando os mesmos não disponibilizarem o que foi solicitado, em tempo hábil;<br>- Conhecer na integralidade a evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão;<br>- Preparar o paciente, material e local para acesso parenteral e realizar curativos ou fixação;<br>-Elaborar o plano de cuidados do paciente de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE<br>- Planejamento de cuidados da alta hospitalar para o domicílio e/ou ambulatório; |
| **Técnicos e auxiliares de Enfermagem** | - Administrar oxigênio de acordo com prescrição médica;<br>- Providenciar acesso venoso periférico (jelco calibroso) rápido de acordo com prescrição médica;<br>- Retirar toda a roupa e adereços pessoais do doente catalogá-los e providenciar a sua guarda ou entrega aos familiares;<br>- Evitar hipotermia e exposição do paciente;<br>- Monitorizar o paciente (monitorização cardíaca, oximetria de pulso, temperatura, frequência respiratória, pressão arterial);<br>- Preparação e administração dos medicamentos prescritos;<br>- Auxiliar o médico na realização de procedimentos (invasivos e não invasivos);<br>- Transporte rápido e com segurança do paciente ao bloco cirúrgico ou outros setores quando necessário;<br>- Realizar balanço Hídrico;<br>- Comunicar à equipe medica sinais de alteração hemodinâmica (oliguria, hipotensão arterial, taquicardia);<br>- Registrar na ficha do paciente a evolução de enfermagem e todos os procedimentos realizados.<br>- Ofertar oxigênio de acordo com prescrição médica;<br>- Providenciar acesso venoso periférico (jelco calibroso) rápido de acordo com orientação médica;<br>- Evitar hipotermia e exposição do paciente;<br>-Monitorizar o paciente (monitorização cardíaca, oximetria de pulso, temperatura, frequência respiratória, pressão arterial);<br>- Preparar e administrar os medicamentos prescritos;<br>- Contribuir para agilidade na realização dos exames solicitados;<br>- Realizar balanço hídrico; |
| **Farmacêutico** | - Garantir que todos os processos operacionais estejam de acordo com a Portaria 272 e Resolução 63, desde a qualificação do fornecedor, seleção, manipulação e preparo com técnica que assegure compatibilidade físico-química, esterilidade, apirogenicidade e ausência de partículas, amostragem para análise microbiológica, rotulagem e prazo de validade, armazenamento, distribuição e treinamento de pessoal;<br>- Avaliar a prescrição médica da NP e participar de estudos para desenvolver novas formulações e de Farmacovigilância (análise e reações adversas e reações droga-nutriente, nutriente-nutriente);<br>- Supervisionar e promover auto-inspeção das rotinas operacionais do preparo de NP. |
| **Laboratório de Análises Clínicas** | - Atender aos chamados no tempo determinado;<br>- Realizar os exames solicitados por ordem de prioridade, determinada pela classificação de risco de gravidade do paciente, no tempo determinado;<br>- Disponibilizar o técnico do laboratório para fazer a coleta de sangue do paciente;<br>- Informar ao setor de emergência e urgência o resultado do exame solicitado; |

| | |
|---|---|
| | - Armazenar parte do sangue coletado, para que na necessidade de transfusão sanguínea, a agência transfusional já tenha em mãos o substrato para realização das provas cruzadas. |
| **Equipe de Radiologia** | - Realizar os exames solicitados por ordem de prioridade, determinada pela classificação de risco de gravidade do paciente, no tempo determinado;<br>- Disponibilizar o resultado dos exames para a equipe de saúde. |

## 4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Indicadores principais que influenciam diretamente no desfecho:

- **Percentual de acolhimento de pacientes de Trauma**: alcançar em 100% o primeiro atendimento em toda a unidade da RUE para Trauma, no primeiro ano de implantação da Diretriz, verificado nos registros de cada porta de acesso.
- **Percentual de pacientes vitimas de Trauma**: atendidos pelo cirurgião nos primeiros 30 minutos (apresentar e manter acima de 95% o percentual dos atendimentos realizados em até 30 minutos por cirurgiões, em pacientes vítimas de Trauma, a partir do período de 6 meses de implantação do indicador, registrado na classificação de risco e na prescrição)

## 5. TRAUMAS ASSOCIADOS

### 5.1. Trauma Maxilofacial

**Quadro 42**

| **Trauma Maxilofacial – classificação das lesões faciais** |
|---|
| 1. Tratamento imediato: lesões faciais que apresentam risco de morte (causando obstrução de via aérea ou hemorragia severa) ou com risco de perda de visão (causando aumento da pressão intraocular) e que demandam intervenções imediatas visando proteger a via respiratória, cessando a hemorragia, ou aliviando a pressão intraocular via cantólise |
| 2. Tratamento necessário dentro de poucas horas: lesões faciais que estejam muito contaminadas em um paciente hemodinamicamente estável |
| 3. Tratamento necessário dentro de 24h: algumas fraturas faciais e lacerações |
| 4. Tratamento postergado para mais de 24h, se necessário: a maioria das demais fraturas faciais |

**Via respiratória (com proteção a coluna cervical)**

Fraturas de corpo mandibular bilateral favoráveis ao deslocamento podem ocasionar obstrução de via respiratória por queda da musculatura lingual.

**O que fazer?**

O cirurgião Bucomaxilofacial deve estabilizar a fratura por meio de barras de erich + fio de aço ou por meio de odontossínteses

Esta manobra pode eliminar a necessidade de intubação endotraqueal

*NOTA: Em pacientes com pontuação na Escala de Coma de Glasgow inferior a 15, a estabilização do arco mandibular nessas fraturas pode facilitar a respiração espontânea, excluindo a necessidade de intubação endotraqueal, o que permitirá avaliação neurológica adequada.*

**Quadro 43**

| **Trauma Maxilofacial - Circulação** | | |
|---|---|---|
| **Face e pescoço são muito vascularizados. Atenção deve ser dada a todas as regiões.** | | |
| **Couro cabeludo** | Rico fornecimento vascular. Lacerações nessa região podem gerar grande sangramento. | |
| | A hemostasia pode ser realizada com Clipes de Raney, grampos ou suturas | |
| **Nariz** | **Traumas nasais e de terço médio de face podem evoluir rapidamente comsangramento de difícil contenção. Considerações sobre o controle do epistaxe consiste em:**<br>– Proteger vias aéreas (traqueostomia ou intubação endotraqueal se necessidade, como em casos de perda de consciência)<br>– Descartar coagulopatia | |
| **O que fazer?** | | |
| **1. Tamponamento anterior: gaze padrão de meia polegada, umedecida com bacitracina ou vaselinada.** | | |
| **Sangramento contido?** | **sim:** | Deixar tampão por no máximo 48h. Se houver necessidade do tamponamento por mais de 48h, o mesmo deve ser trocado. Cobertura antibiótica pode ser realizada em casos complexos (fraturas expostas associadas com grandes lacerações). |
| | **não:** | Retirar o tamponamento anterior. Fazer tamponamento posterior primeiro: Sonda de Foley 14, 16 ou 18 com balão de 10ml; Em seguida fazer tamponamento anterior novamente. |
| | **sim:** | Deixar tampão por no máximo 48h. Se houver necessidade do tamponamento por mais de 48h, o mesmo deve ser trocado. Cobertura antibiótica pode ser |

| | | |
|---|---|---|
| **Sangramento contido?** | | realizada em casos mais complexos. |
| | **não:** | Procedimentos adicionais:<br>– Radiologia e angiografia intervencionistas para embolização<br>– Ligadura das artérias etmoidais anterior e posterior pela parede média da órbita ou em caso mais graves realizar a ligadura da artéria maxilar por via transantral |

**Cavidade oral** => Se sangramento ativo e paciente consciente:

- Limpeza da cavidade e sutura de partes moles (se a etiologia for de partes moles);
- Limpeza da cavidade e contenção do arco mandibular com barra de erich + fio de aço (se a etiologia for óssea);

Se sangramento ativo e paciente inconsciente: Proteger via aérea antes da hemostasia antes de realizar as manobras descritas acima.

**Revisão da Região Maxilofacial**

Após a primeira abordagem emergencial descrita acima, uma revisão sistemática da região maxilofacial deve ser realizada conforme apresentado na tabela abaixo:

**Quadro 44**

| **Sequência sugerida para realizar o exame do sistema de cabeça e pescoço em um paciente com Trauma Maxilofacial** | |
|---|---|
| **Região** | **Sintomas** |
| **Cabeça** | Dor de cabeça, náusea, vômito, perda de consciência após o trauma, fraqueza dos membros, dormência, tontura. |
| **Olhos** | Alteração da acuidade visual, visão dupla, dor, olho pulsante. |
| **Ouvidos** | Alteração da acuidade auditiva, zumbido nos ouvidos, histórico de corrimento ou sangramento dos ouvidos após o trauma, tontura, dor. |
| **Nariz** | Corrimento ou sangramento do nariz após o trauma, dor. |
| **Cavidade oral** | Alteração na mordida, dor, limitação na abertura bucal, sangramento, dentes faltantes como resultado do trauma. |
| **Pescoço** | Sensibilidade na região da coluna cervical, dor na garganta, alteração na voz, dor ao engolir. |
| **Nervos Cranianos** | Adormecimento ou fraqueza de uma área particular da face. |
| **Avaliação** | |
| **1. Tecido mole e couro cabeludo** | - Escoriações e contusões – higienização do ferimento e observação; |
| | - Lacerações – Sutura. Dependendo do caso, antibiótico deve ser utilizado (lacerações complexas >5cm); |
| | - Avulsões – Retalhos. |
| **2. Complexo naso-órbito-etmoidal (NOE)** | Fraturas nessa região serão acompanhadas de equimose e edema periorbitários e hemorragia subconjuntival; |
| | Apresenta-se como depressão na ponte nasal, aumento da distância intercantal (telecantismo). Testes bimanuais e teste elástico devem ser feitos para inspeção de fratura NOE; |
| | *NOTA: Devido as fraturas NOE também ocorrerem juntamente com fraturas da base do crânio, é importante procurar por quaisquer sinais de vazamento de líquido cefalorraquidiano (LCR).* |
| | Boa iluminação, espéculo nasal e aspiração são essenciais para uma avaliação correta; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Nariz** | Avaliar primeiramente lesões em tecido mole. Lacerações devem ser suturadas. Hematoma septal deve ser drenado o mais breve possível, pois seu tratamento tardio pode levar deformações estéticas importantes;<br>Posteriormente os ossos nasais devem ser avaliados quanto a laterorrinia ou afundamentos, levando a um nariz em sela. Avaliar o nariz por cima do paciente e depoisde frente para o mesmo; | |
| | *NOTA: muito cuidado deve ser dado a inspeção nasal, principalmente em traumas nasais associados a traumas NOE ou frontais, visto que o LCR pode ser mascarado quando associado a epistaxe.* | |
| **4. Órbita** | Lesões orbitárias requerem cuidado especial visto que podem estar associadas a lesões do globo ocular. Desta forma uma sequência rigorosa das estruturas externas e internas a cavidade orbitária deve ser seguida, englobando sempre os seguintes itens: | Pupilas (anisocoria, pupila de Marcus Gunn, pupilas irregulares, fixa ou dilatada; |
| | | Pálpebras (ptose, logoftalmo); |
| | | Conjuntiva (hiperemia, quemose, hemorragia); |
| | | Câmara anterior (hifema, abrasões, lacerações); |
| | | Câmara posterior (hemorragia vítrea, deslocamento de retina); |
| | | Distúrbios visuais (diminuição da acuidade visual); |
| | | Diplopia (binocular, monocular); |
| | | Pressão intraocular (diminuída ou aumentada); |
| | | Tecido mole periorbital (telecanto, epífora); |
| | | Posição do globo (hipoglobo, hiperglobo, exoftalmia, enoftalmia). |
| **Área <u>Zigomática</u>** | Orelha | Depressão da eminência zigomática (melhor visualizada em vista supero-inferior), crepitação, assimetria facial e equimose são sinais de fraturas do complexo zigomático; |
| | | Avaliar presença de sinal de Battle (equimose retroauricular + otorragia). |
| | Maxila, Mandíbula e complexo Dento-alveolar | A falta de dentes deve ser avaliada e se positiva, deve ser contabilizada. Radiografias A-P, lateral de tórax e abdominal podem ser feitas para descartar deglutição ou aspiração de dentes ou fragmentos ósseos; |
| | | Próteses dentárias móveis devem ser retiradas durante a inspeção; |
| | | Equimose em vestíbulo oral fornecem fortes indícios de fraturas na região. Já equimose em soalho bucal é sinal patognomônico de fratura mandibular. |
| | | Maloclusão, mordida aberta e toque prematuro dentário oferecem forte tendência a fraturas de maxila e/ou de mandíbula. |
| **Traumatismo de Nervos Cranianos** | Nervo Olfatório | De difícil análise principalmente em pacientes não colaboradores ou com epistaxe. Caso possibilidade de avaliação deste, suspeitar de fratura de lâmina cribiforme. |
| | Nervo Óptico | Avaliado por meio da percepção luminosa e acuidade visual; |
| | Nervo Oculomotor | Lesão neste nervo leva as seguintes alterações: pupila midriática, ptose de pálpebra superior, limitação de movimento dos músculos reto superior, reto inferior, reto medial, oblíquo inferior; |
| | Nervo troclear | Lesão neste nervo leva a limitação do músculo oblíquo superior; |
| | Nervo trigêmeo | Parestesias em face (lábio inferior, região infra-orbital e supra-orbital, indicam danos aos ramos deste nervo; |
| | Nervo abducente | Lesão neste nervo leva a limitação de movimento do músculo reto lateral. |

| | | |
|---|---|---|
| | Nervo facial | Geralmente associadas com lesões lacerantes de face. Deve-se solicitar que o paciente faça movimentação da musculatura da mímica (elevar a fronte, ocluir fortemente as pálpebras, protruir os lábios). |
| | Nervo vestíbulo-coclear | Distúrbios auditivos podem estar associados a lesão deste nervo. |

### 16.2 TRAUMA OCULAR

A avaliação oftalmológica ocorrerá após avaliação e estabilização do estado geral do paciente, realizadas pelo clínico e/ou cirurgião responsáveis.

O paciente com trauma ocular será examinado pelo médico da emergência, de forma cuidadosa, inicialmente, com uma lanterna clínica (com luz difusa), em seu leito para observar lesão de continuidade no globo ou órbita. Se houver pouca colaboração o exame sob sedação deverá ser indicado.

O reflexo pupilar será testado para classificação do trauma e avaliação inicial da retina, nervo óptico e lesões intracranianas possivelmente associadas. A presença de pupila fixa ou dilatada pode indicar hipertensão intracraniana, lesão direta do terceiro par, de seu núcleo e gânglio ciliar. A pupila semidilatada pode ser resultado de lesão direta do esfíncter da íris.

Nos casos de suspeita ou ocorrência de trauma aberto a musculatura ocular extrínseca não deverá ser testada sob risco de extrusão do conteúdo intraocular e o olho deverá ser ocluído com curativo não compressivo (concha acrílica ou metálica ou copo plástico) até que o procedimento anestésico seja considerado seguro.

Após o exame ectoscópico, o exame oftalmológico completo, pelo médico oftalmologista é mandatório, à beira de leito ou em consultório. A medida da acuidade visual deve ser sempre realizada no primeiro atendimento e antes que qualquer tratamento seja instituído. A avaliação biomicroscópica em lâmpada de fenda classificará o trauma quanto ao tipo, localização, extensão e a presença/suspeita de corpo estranho intraocular. A medida da pressão intraocular e avaliação do segmento posterior também devem ser realizadas.

**Quadro 45**

| **Trauma Ocular: causas, sinais, sintomas e condutas por localização** |
|---|
| **Trauma de Órbita** |
| Sinais indicativos ao exame de palpação: degraus ósseos, áreas de anestesia e enfisema subcutâneo. Devem-se excluir lesões intraoculares e de nervo óptico |
| Se houver hemorragia retrobulbar com aumento da pressão intraocular a descompressão de órbita deve ser realizada rapidamente (cantotomia lateral e cantólise) |
| Traumas decorrentes de mordeduras são classificados de alto risco (com relação ao tétano) e graves (para a profilaxia da raiva por serem em face) e devem seguir as recomendações apropriadas para profilaxia de tétano e raiva |
| **Laceração conjuntival** |
| Há indicação de sutura nos casos em que houver exposição da musculatura ocular extrínseca e/ou lacerações maiores que 10 mm |
| Nesses casos, deve-se realizar a exploração cirúrgica e verificação de possíveis lesões esclerais e/ou corpo estranho subconjuntival |
| **Corpo estranho superficial** |
| Afastada a hipótese de trauma aberto, deve-se avaliar a conjuntiva tarsal, com eversão da pálpebra superior, na tentativa de se identificar corpo estranho. O mesmo será removido com hastes flexíveis de algodão |
| Corpo estranho comprometendo esclera e/ou córnea devem ter sua localização e profundidade avaliadas em lâmpada de fenda pelo oftalmologista |

| |
|---|
| Casos mais profundos deverão ser abordados em centro cirúrgico. Se superficiais, após sua retirada, deve-se orientar retorno em 24 horas para avaliar cicatrização e excluir processo infeccioso |
| **Trauma em córnea** |
| Lacerações sem comprometimento de espessura total podem ser tratadas com curativo oclusivo e lente de contato terapêutica |
| Lacerações de espessura total e menores que 2 mm podem ser tratadas com uso de adesivo tecidual e as microperfurações podem ser tratadas com lente de contato terapêutica |
| Em crianças, as perfurações devem sempre ser tratadas de forma cirúrgica, sob sedação (fio de nylon 10-0, pontos profundos e simétricos). Nos adultos evita-se o eixo visual, quando possível |
| **Trauma do cristalino** |
| O cirurgião oftalmológico decidirá se fará a retirada do cristalino no primeiro tempo cirúrgico (no ato da correção de possível laceração de pálpebra e/ou bulbo ocular) ou em segundo tempo |
| Contudo o cirurgião deve estar preparado para possíveis complicações intraoperatórias |
| **Hifema** |
| O tratamento é controverso, sendo preconizados repouso, aumento da ingestão hídrica, decúbito a 30º, cicloplégico, corticoesteróides tópicos (cuidado em crianças, pois podem gerar aumento da pressão intraocular e catarata) e betabloqueador (nos casos de aumento da pressão intraocular). Durante o acompanhamento o nível de sangue na câmara anterior deve ser cuidadosamente medido (altura em milímetros) e documentado em prontuário |
| Abordagem cirúrgica (lavagem da câmara anterior) deve ser evitada nos primeiros 7 dias, sob risco de ressangramento, salvo os casos de indicação precisa (pressão intraocular >24mmHg por mais de 24 horas em pacientes com doença ou traço falciforme, pressão >60 mmHg por mais de 48 horas apesar de terapia clínica máxima ou pressão intraocular >25 mmmHg em pacientes com hifema total por mais de 5 dias) |
| **Corpo estranho intraocular** |
| Deve-se sempre investigar a presença de corpo estranho intraocular |
| A suspeita de corpo estranho metálico pode ser confirmada através de **radiografia simples** nas incidências de **Caldwell ou Walters**. Resultados negativos devem ser interpretados com cautela |
| A **tomografia computadorizada** é capaz de detectar corpos estranhos maiores que 0,06mm com sensibilidade de 100%. Sempre que possível deve-se remover o corpo estranho no primeiro ato cirúrgico, pelo risco de complicações (toxicidade e endoftalmite) |
| **Queimadura química** |
| A menos que se suspeite de rotura do globo ocular, deve-se irrigar de forma copiosa o olho com soro fisiológico por pelo menos 30 minutos |
| A seguir, deve-se examinar cuidadosamente as pálpebras (eversão dupla), fórnices e conjuntiva para identificação e retirada de resíduos e diminuição da formação de aderências |
| O uso de corticoides tópicos deve ser feito com cautela, nos primeiros 7 a 10 adias após o trauma |
| Nos casos em que houver aumento da pressão intraocular de difícil controle com medicação tópica recomenda-se administração de acetazolamida oral |
| **Descolamento de retina regmatogênico e tracional** |
| São causas desses tipos de descolamentos de retina , respectivamente, o trauma contuso e o trauma penetrante do segmento posterior do olho |
| O principal fator no sucesso da determinação da acuidade visual final é a duração do envolvimento macular, sendo que se não houver descolamento macular a maioria dos olhos mantém a acuidade visual pré-operatória |
| Assim que detectado o descolamento de retina, e estando o paciente estável, o mesmo deverá ser corrigido por especialista em retina o mais breve possível |

**Quadro 46**

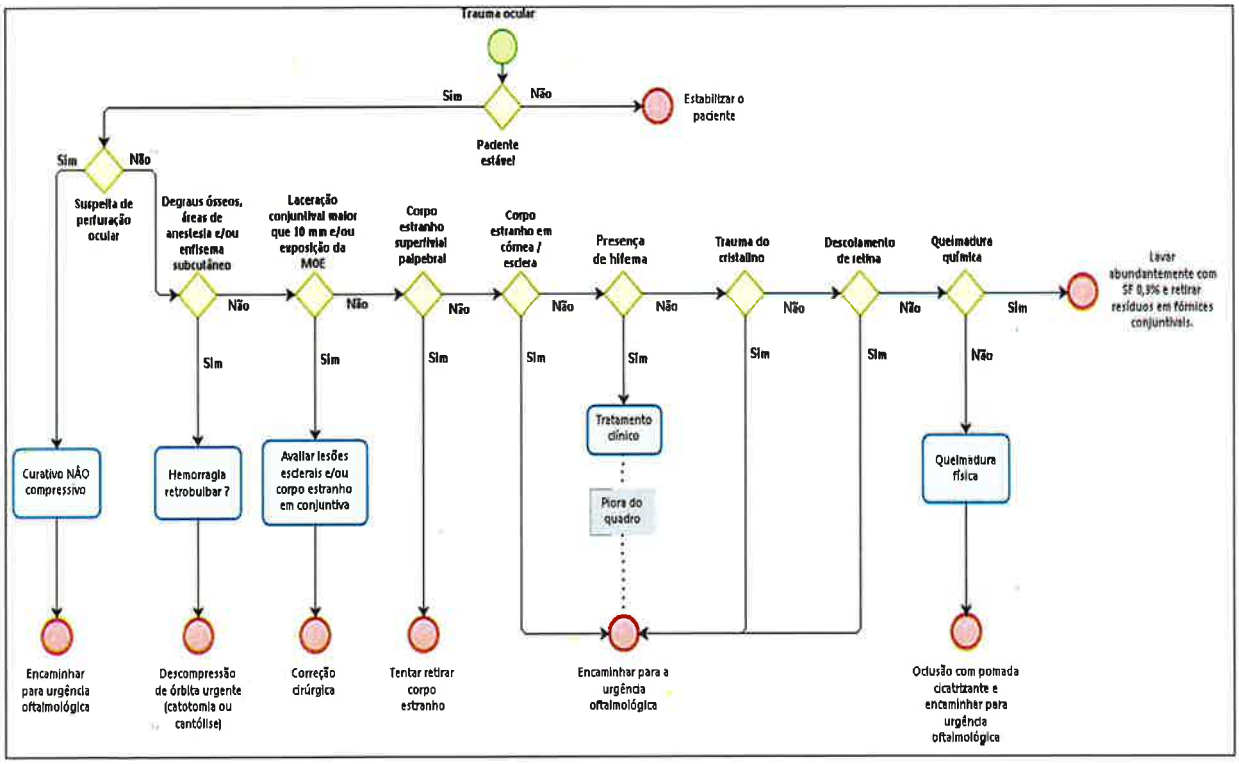
| Trauma Ocular: critérios de alta e alternativas em caso de desvio |
|---|
| **Critérios de Alta** |
| Ferida ocular fechada e processo inflamatório/ infeccioso controlado. |
| Pós-operatório no Hospital de Urgência e Emergência Oftalmológica (ex: retirada de pontos de sutura palpebral e/ou em globo ocular). |
| Encaminhar a Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia para acompanhamento após alta do pós –operatório (via SISREG) todo paciente que sofreu trauma ocular. |
| **Alternativas em casos de desvios / Ações necessárias** |
| Na ausência de lâmpada de fenda, utilizar microscópio para exploração cirúrgica. |

**Quadro 47**

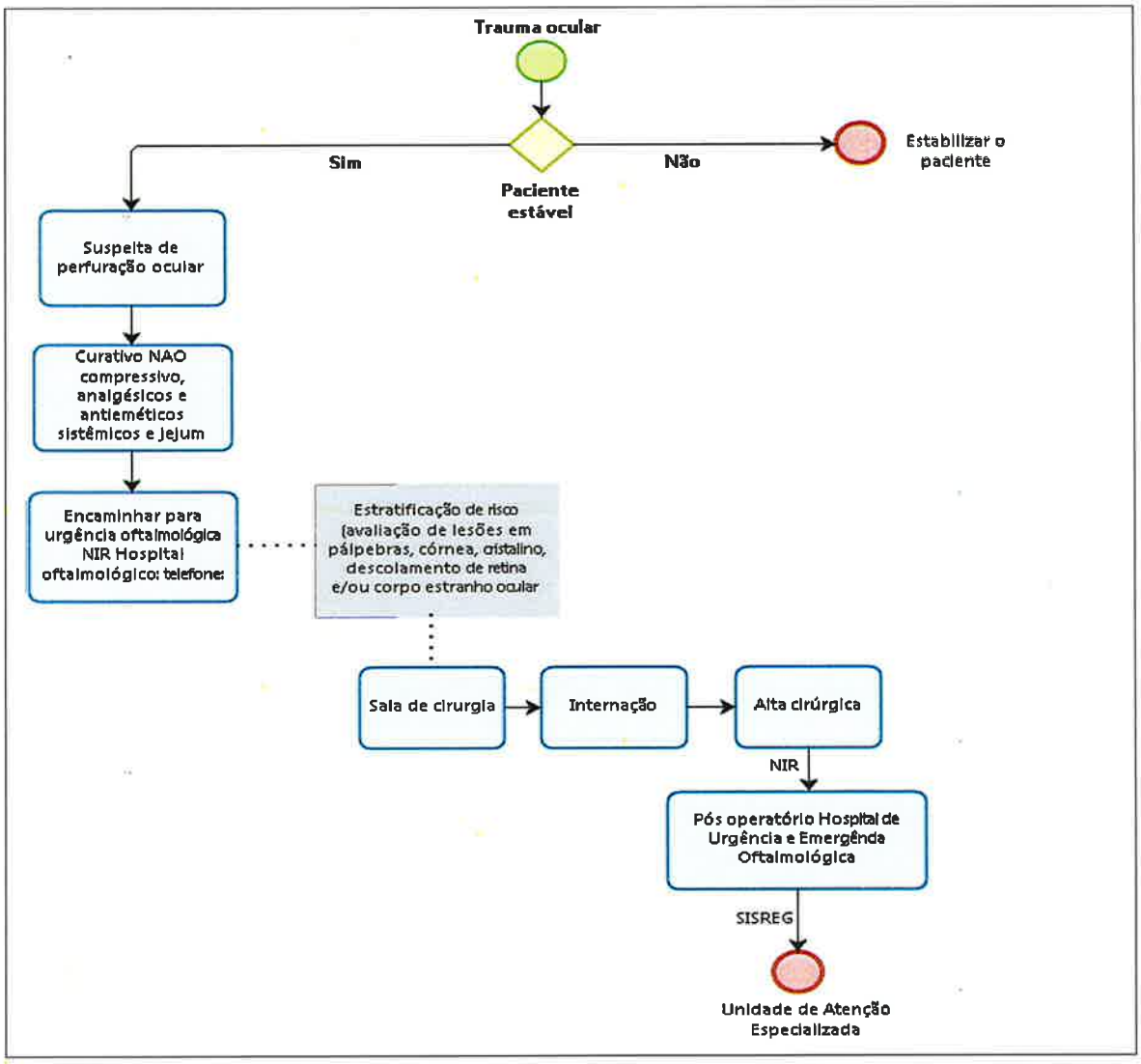
| Recursos humanos para o Hospital de Urgência e Emergência Oftalmológica |
|---|
| - Oftalmologistas com carga horária 24 hrs |
| - Pediatras – se houver urgência e emergência pediátrica |
| - Anestesistas (incluindo anestesistas pediátricos) |
| - Cardiologistas para atendimento de risco cirúrgico |
| - Enfermeiros, sendo que 1 por turno |
| - Técnicos de enfermagem de plantão |
| - Administrativos |

Observação importante: para o dimensionamento apropriado de recursos humanos, teria que se fazer um estudo mais detalhado, conforme Portaria GM/MS nº 1.631/2015

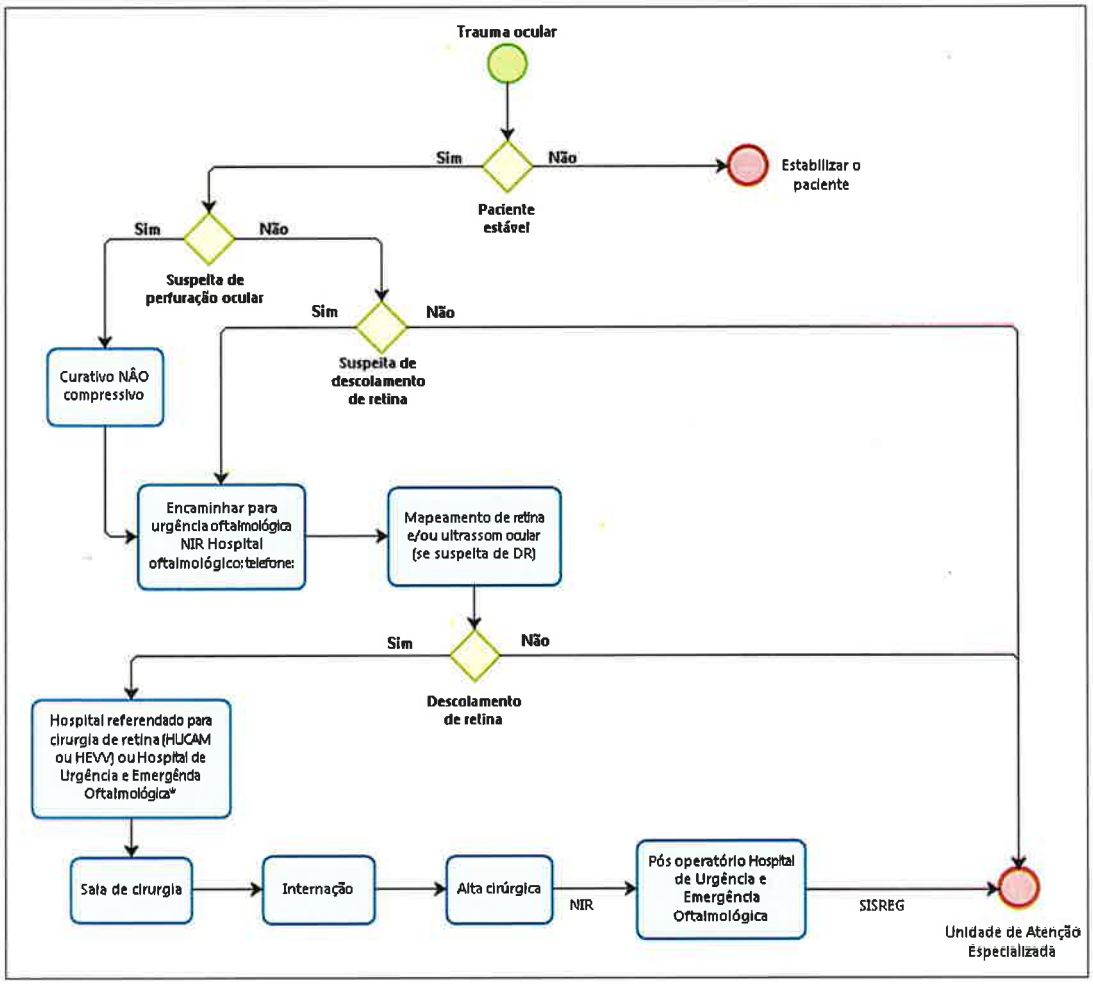
**Fluxo 10: Atendimento do trauma ocular**



**Fluxo 11: Atendimento da perfuração ocular**

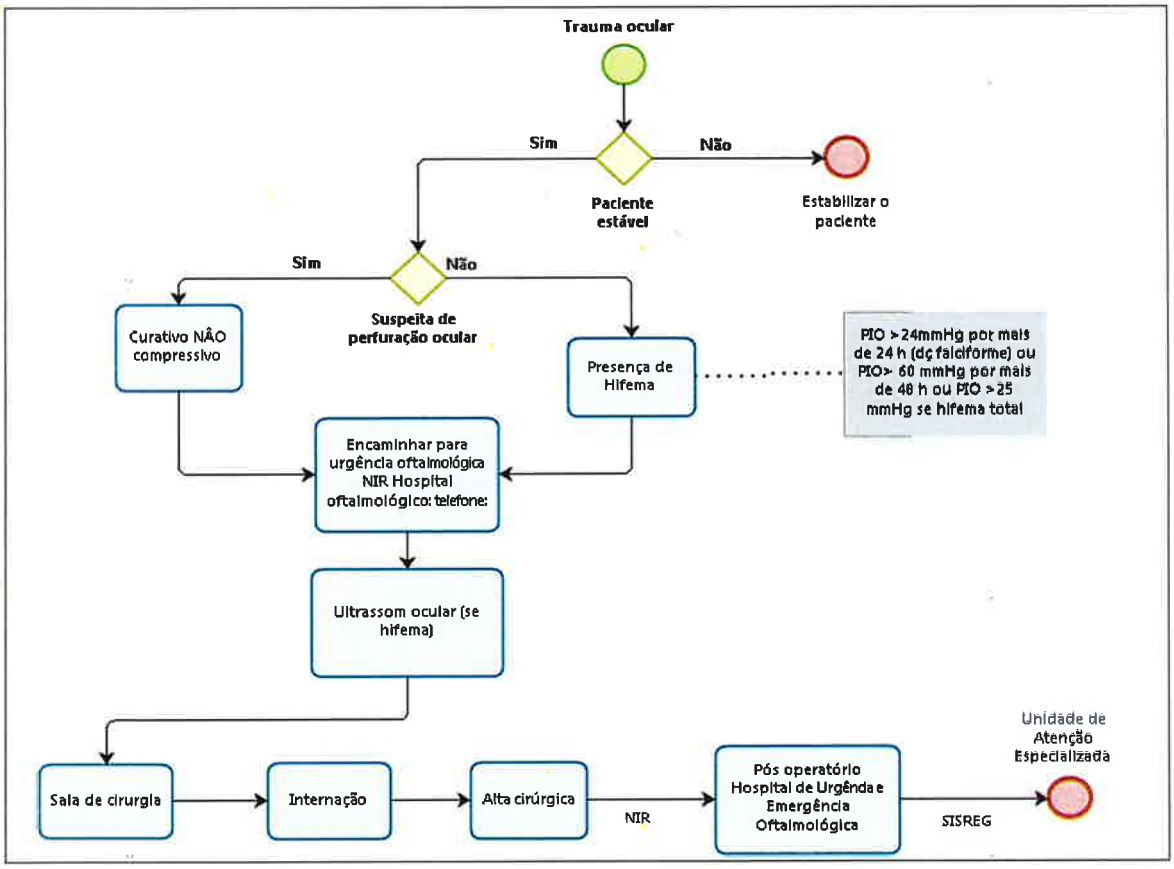


**Fluxo 12: Atendimento do descolamento de retina**




*Caso o Hospital de Urgência e Emergência esteja adequado (equipamentos cirúrgicos e RH médico qualificado) para realização de cirurgias de retina e vítreo.

**Fluxo 13: Atendimento do hifema.**




Cabe registrar, que para efeitos de produção e contabilização de dados, todos os pacientes que forem atendidos e avaliados conforme protocolos de classificação de risco, são contabilizados para fins de produtividade, mesmo que os mesmos não apresentem critério clínico para hospitalização.

| 18. | REFERÊNCIAS |
|---|---|
| | Acosta JA, Yang JC, Winchell RJ *et al*. Lethal injuries and time to death in a level I trauma center. J Am Coll Surg 1998;186:528•33. |
| | AGREE, Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Agree) Instrument, 2017. www.agreecollaboration.org. Consulta em abril, 2018. |
| | Allen BB1, Chiu YL, Gerber LM, Ghajar J, Greenfield JP. Age-specific cerebral perfusion pressure thresholds and survival in children and adolescents with severe traumatic brain injury*. J Neurotrauma. 2005 Jun;22(6):623-8. |
| | American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors: Student Course Manual. Chicago: American College of Surgeons; 1997. pp. 23•105. |
| | American College of Surgeons Committee on Trauma. Field categorization of trauma patients. Bull Am Coll Surg 1986;71:10. |
| | Bachulis BC, Long WB, Hynes GD, Johnson MC. Clinical indications for cervical spine radiographs in the traumatized patient. Am J Surg 1987;153:473•7. |
| | Barnes A. Status of the use of universal donor blood transfusions. Clin Lab Sci 1973 |
| | Bell RM, Krantz BE. Initial assessment. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw•Hill |
| | Berry C1, Ley EJ, Bukur M, Malinoski D, Margulies DR, Mirocha J, Salim A. Redefining hypotension in traumatic brain injury. Injury. 2012 Nov;43(11):1833-7. doi: 10.1016/j.injury.2011.08.014. Epub 2011 Sep 21. |
| | Bicas, Harley E. A., Jorge, André A. H., Oftalmologia, Fundamentos e Aplicações, São Paulo, Editora Tecmedd, 2007 |
| | Bicas, Harley E. A., Jorge, André A. H., Oftalmologia, Fundamentos e Aplicações, São Paulo, Editora Tecmedd, 2007 |
| | Bikell WH, Pepe PE, Bailey ML *et al*. Randomized trial of pneumatic antishock garments in the prehospital management of penetrating abdominal injuries. Ann Emerg Med 1987 |
| | Boyd CR, Tolson MA, Copes WS. Evaluating trauma care: the TRISS method. J Trauma 1987;27:370•8. |
| | Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/c09.def acesso em 15 de maio, 2018 |
| | Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il. |
| | Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas : Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 72 p. : il. ISBN 978-85-334-2186-8 1. Avaliação de tecnologias em saúde. 2. Pesquisa em saúde. 3. Tecnologias em saúde. I. Título. |
| | Cales RH, Trunkey DD. Preventable trauma deaths: a review of trauma care systems development. JAMA 1985;254:1059•63. |
| | Champion HR, Copes WS, Sacco WJ *et al*. A new characterization of injury severity. J Trauma 1990;30:539•45. |
| | Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AJ *et al*. The trauma score. Crit Care Med 1981;9:672•6. |
| | Champion HR, Sacco WJ, Copes WS *et al*. A revision of the trauma score. J Trauma 1989;29:623•9. |
| | Chesnut R, Temkin N, Carney N, Dikmen S, Rondina C, Videtta W, Petroni G, Lujan S, Pridgeon J, Barber J, Machamer J, Chaddock K, Celix J, Cherner M, Hendrix T: A trial of intracranial pressure monitoring in traumatic brain injury.N Engl J Med 2012, 367:2471–2481. |
| | Chiara, O.; Cimbanassi, S. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. |

| | |
|---|---|
| | Clifton G, Valdaka A, Zygun D et al. Very early hypothermia induction in patients with severe brain injury (the National Acute Brain Injury Study: Hypothermia II): a randomised trial. Lancet Neurol 2011;10:131-39 |
| | Cline JR, Scheidel E, Bigsby EF. A comparison of methods of cervical immobilization used in patient extraction and transport. J Trauma 1985;25:649•53. |
| | Cogbill TH, Landercasper J. Injury to the chest wall. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw•Hill |
| | Cogbill TH, Landercasper J. Injury to the chest wall. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw•Hill |
| | Collicott PE. Advanced Trauma Life Support Course for Physicians. Chicago: American College of Surgeons Committee on Trauma, Subcommittee on Advanced Life Support; 1989. pp. 11•97. |
| | Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. Bull Am Coll Surg 1983;68:11. |
| | Condon RE, Nyhus CM, editors. Manual of surgical therapeutics. 5th ed. Boston: Little Brown |
| | Cooper DJ, Rosenfeld JV, Murray L, et al. Decompressive craniectomy in diffuse traumatic brain injury. N Engl J Med 2011;364:1493-502. |
| | Decreto Federal n.7.508, de 26 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990 e fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) |
| | Devine PC, Devine CJ Jr. Posterior urethral injuries associated with pelvic fractures. Urology 1982 |
| | Eckstein M, Henderson S, Markouchick VJ. Thorax. In Marx J, editor. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 5th ed. St. Louis: Mosby |
| | Faringer PD, Mullins RJ, Johnson RL, Trunkey DD. Blood component supplementation during massive transfusion of AS•1 red cells in trauma patients. J Trauma 1993 |
| | Fischer RP. Cervical radiographic evaluation of alert patient following blunt trauma. Ann Emerg Med 1984 |
| | Frame SB. Prehospital care. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw• Hill |
| | Grade - Fonte: Elaboração GRADE working group - <http://www.gradeworkinggroup.org> |
| | Griffen MM, Frykberg ER, Kerwin AJ *et al*. Radiographic clearance of blunt cervical spine injury: plain radiograph or computed tomography scan? J Trauma 2003 |
| | Guntheroth WG, Abel FL, Mullins GC. The effect of Trendelenburg's position on blood pressure and carotid flow. Surg Gynecol Obstet 1964;119:345•8. |
| | Guyton AC, editor. Textbook of medical physiology. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders |
| | Hills MW, Deane SA. Head injury and facial injury: is there an increased risk of cervical spine injury? J Trauma 1993;34:549•57. |
| | Hochbaum SR. The evaluation and treatment of the sexually assaulted patient. Emerg Med Clin North Am 1987 |
| | Hoyt DB, Mikulaschek AW, Winchell RJ. Trauma triage and interhospital transfer. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw•Hill; 2000. pp. 81•98. |
| | Iunes, RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 38-46, 1997. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v31n4s0/3136.pdf. Acesso: 23/05/2018 às 8:53 |
| | Ivy ME, Cohn SM. Addressing the myths of cervical spine injury management. Am J Emerg Med 1997;15:591•602. |
| | Janski, Jack J., clincal Ophthalmology, A systematic approach, 5th Edition, 2003 |
| | Janski, Jack J., Clincal Ophthalmology, A systematic approach, 5th Edition, 2003 |

| | |
|---|---|
| | Jiang JY1, Xu W, Li WP, Xu WH, Zhang J, Bao YH, Ying YH, Luo QZ. Efficacy of standard trauma craniectomy for refractory intracranial hypertension with severe traumatic brain injury: a multicenter, prospective, randomized controlled study. J Neurotrauma. 2005 Jun;22(6):623-8. |
| | Johnson KD, Cadambi A, Seiber GB. Incidence of adult respiratory distress syndrome in patients with multiple musculoskeletal injuries: effect of early operative stabilization of fractures. J Trauma 1985 |
| | Kobernick ME, Seifer S, Sanders AB. Emergency department management of the sexual assault victim. J Emerg Med 1985 |
| | LaDuca JN, Bone LL, Seibel RW, Border JR. Primary open reduction and internal fixation of open fractures. J Trauma 1980 |
| | Langfitt TW. Measuring the outcome from head injuries. J Neurosurg 1978;48:673•8. |
| | Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf. Acesso em 13 de junho, 2018 |
| | Luce JM. Respiratory monitoring in critical care. In: Goldman L, Bennett JC, editors. Cecil Textbook of Medicine, 21 st ed. Philadelphia: WB Saunders |
| | Mann NC, Mullins RJ, MacKenzie EJ *et al.* Systematic review of published evidence regarding trauma system effectiveness. J Trauma. 1999;47(3 Suppl):S25•S33. |
| | Manual Instrutivo da Atenção ao Trauma - Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Instrutivo.pdf. Acesso em junho, 2018 |
| | Mark N. Hadley, Beverly C. Walters; Introduction to the Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries, Neurosurgery, Volume 72, Issue suppl_3, 1 March 2013, Pages 5–16, Disponível em: https://doi.org/10.1227/NEU.0b013e3182773549 Acesso em junho,2018 |
| | McAninch JW. Assessment and diagnosis of urinary and genital injuries. In: McAninch JW, editor. Trauma Management: Urogenital Trauma. New York: Thieme Stratton |
| | McAninch JW. Traumatic injuries to the urethra. J Trauma 1981 |
| | McSwain NE, Kerstein MD, editors. Evaluation and Management of Trauma. Norwalk, CT: Appleton•Century•Crofts; 1987:287•99. |
| | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. |
| | Mullins RJ. Management of shock. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw•Hill |
| | Nagy KK, Joseph KT, Krosner SM *et al.* The utility of head computed tomography after minimal head injury. J Trauma 1999;46:268•70. |
| | Nancy Carney, Annette M. Totten, Cindy O'Reilly, Jamie S. Ullman, Gregory W.J. Hawryluk, Michael J. Bell, Susan L. Bratton, Randall Chesnut, Odette A. Harris, Niranjan Kissoon, Andres M. Rubiano, Lori Shutter, Robert C. Tasker, Monica S. Vavilala, Jack Wilberger, David W. Wright, Jamshid Ghajar; Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition, Neurosurgery, Volume 80, Issue 1, 1 January 2017, Pages 6–15, Disponível em: https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001432 Acesso em junho,2018 |
| | Osler T. ICISS: an International Classification of Disease – Based Injury Severity Score. J Trauma 1996;41:380•6. |
| | Pokorny M, Pontes JE, Pierce JM Jr. Urologic injuries associated with pelvic trauma. J Urol 1979 |
| | Pope PE, Hudson LD. Acute respiratory failure. In: Callaham ML, editor. Current therapy in emergency medicine. Toronto: BC Decker |
| | Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) |
| | Portaria nº 288/SAS/MS, de 19 de maio de 2008, que define os critérios para a credenciamento/habilitação das Unidades de Atenção Especializada e dos Centros de Referência em Oftalmologia no Sistema Único de Saúde (SUS); |

| | |
|---|---|
| | Portaria nº 957/GM, de 15 de maio de 2008, que institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia; |
| | Powers M. Initial assessment and management of the trauma patient. In: Peterson LJ, Indresano AT, Marciani RD, Roser SM, editors. Principles of oral and maxillofacial surgery. Vol 1. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. pp. 269•310. |
| | Protocolo de Acesso e Avaliação de Risco em Oftalmologia – Campinas novembro de 2011 – Câmara Técnica de Especialidades, Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/especialidades/Protocolo_de_Oftalmologia_24nov11.pdf Acesso em junho, 2018 |
| | Protocolo de Acesso e Avaliação de Risco em Oftalmologia – Campinas novembro de 2011 – Câmara Técnica de Especialidades, Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Saúde. |
| | Protocolo de atendimento a queimados – CFM - Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/queimados.pdf. Acesso em junho, 2018 |
| | Qiu W, Guo C, Shen H, Chen K, Wen L, Huang H, Ding M, Sun L, Jiang Q, Wang W. Effects of unilateral decompressive craniectomy on patients with unilateral acute post-traumatic brain swelling after severe traumatic brain injury. Critical Care 2009; 13: 185 Disponível em: https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc8178 Acesso em Junho 2018 |
| | Riska EB, von Bonsdorff H, Hakkinen S *et al*. Prevention of fat embolism by early internal fixation of fractures in patients with multiple injuries. Injury 1976 |
| | Rizoli SB. Crystalloids and colloids in trauma resuscitation: a brief overview of the current debate. J Trauma 2003 |
| | Rozycki GS, Ballard RB, Feliciano DV *et al*. Surgeon•performed ultrasound for the assessment of truncal injuries: lessons learned from 1540 patients. Ann Surg 1998 |
| | Saletta JD, Geis WP. Initial assessment of trauma. In: Moylan JA, editor. Trauma surgery. Philadelphia: JB Lippincottl; 1988. pp. 1•25. |
| | Senkowski CK, McKenney MG. Trauma scoring systems: a review. J Am Coll Surg 1999;189:491•503. |
| | Shanmuganathan K, Mirvis SE, Sherbourne CD. Hemoperitoneum as the sole indicator of abdominal visceral injuries: a potential limitation of screening abdominal US for trauma. Radiology 1999 |
| | Shires GT. Principles of trauma care. 3rd ed. New York: McGraw•Hill; 1985. pp. 105•9. |
| | Shuck JM, Snow NJ. Injury to the chest wall. In: Mattox KC, Moore EE, Feliciano DV, editors. Trauma. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1988. pp. 115•23. |
| | Smith RS, Kern SJ, Fry WR, Helmer SD. Institutional learning curve of surgeon•performed trauma ultrasound. Arch Surg 1998 |
| | Sohmer PR, Dawson RB. Transfusion therapy in trauma: a review of the principles and techniques used in the MEIMSS program. Am Surg 979 |
| | Sorrentino E1, Diedler J, Kasprowicz M, Budohoski KP, Haubrich C, Smielewski P, Outtrim JG, Manktelow A, Hutchinson PJ, Pickard JD, Menon DK, Czosnyka M. Efficacy of standard trauma craniectomy for refractory intracranial hypertension with severe traumatic brain injury: a multicenter, prospective, randomized controlled study. |
| | Symbas PN. Autotransfusion from hemothorax: experimental and clinical studies. J Trauma 1972 |
| | Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet 1974;2:81•4. |
| | Tepas JJ, Mollitt DL, Talbert JL, Bryant M. The Pediatric Trauma Score as a predictor of injury severity in the injured child. J Pediatr Surg 1987;22:14•8. |
| | Van Natta TL, Morris JA Jr. Injury scoring and trauma outcomes. In Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw•Hill; 2000. pp. 69•80. |
| | Velanovich V. Crystaloid *versus* colloid fluid resuscitation: a meta•analysis of mortality. Surgery 1989 |
| | Vieira, C.A.S.; Mafra, A.A.. et al / Secretaria Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Trauma. – Belo Horizonte 2011 |

| | |
|---|---|
| | Weissberg D, Refaely Y. Pneumothorax: experience with 1,199 patients. Chest 2000 |
| | World Health Organization - WHO. Blindness and visua impairment. Disponível em: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment. Acesso em 25 Jun. 2018. |
| | World Health Organization - WHO. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014 - Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1. Acesso em junho, 2018 |
| | World Health Organization- WHO. Blindness and visua impairment Disponível em: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment. Acesso em 25 Jun. 2018. |

invisa
Instituto
vida e saúde

| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO | POP.UUE. Página | |
|---|---|---|---|
| Título do Documento | ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Emissão:<br>Versão: | Próxima revisão: |

## 1. OBJETIVO

- Realizar uma escuta qualificada do usuário que procura os serviços de urgência/emergência da Unidade de Urgência e Emergência (UUE) do Hospital Estadual de Urgência e Emergência – HEUE.
- Avaliar e classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da Rede de Assistência à Saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência;
- Tornar as transferências mais ágeis e uniformizadas, otimizando os recursos e reduzindo a exposição dos pacientes a ambientes superlotados e minimizando os riscos de infecção hospitalar na UUE.

## 2. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Ficha de identificação e admissão dos pacientes que são recebidos na UUE do HEUE.

## 3. CONCEITOS

- Acolhimento: diretriz política, ética e operacional do Sistema Único de Saúde (SUS) com garantia aos serviços de saúde de qualidade e integralidade da atenção. (Ministério da Saúde/MS, Política Nacional de Humanização/PNH, 2006).
- Classificação de Risco: identificação das prioridades e necessidade de tratamento imediato, de acordo com sinais e sintomas, baseado em um protocolo. Não é diagnóstico.
- Acolhimento com Classificação de Risco: permite a garantia de acesso, concretização do princípio da equidade, possibilita a identificação das prioridades do atendimento. É um processo de inclusão que garante o acesso.
- Protocolo de Manchester: é um dos métodos de triagem mais eficazes do mundo, pois ele permite que os atendimentos em hospitais sejam realizados de maneira muito mais rápida e eficaz, de acordo com a real necessidade dos pacientes, de forma justa e com tratamento imparcial para todos.

## 4. APLICAÇÃO

➢ UUE do HEUE:

- Funcionários da portaria/recepção – providenciam a ficha de atendimento mediante documento com foto;
- Enfermeiro do Serviço de Classificação de Risco (após encaminhamento do funcionário da portaria/recepção) – avalia e classifica o paciente de Manchester a partir dos fluxogramas de atendimento, conforme os anexos deste Procedimento Operacional Padrão (POP).

invisa
Instituto
vida e saúde

**5. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Sala para atendimento, equipada com linha telefônica, documentos necessários específicos para a admissão, material de escritório, computador, impressora.

**6. INFORMAÇÕES GERAIS**

Todos têm direito às ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde, incluindo, quando necessário, internação hospitalar nos hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS (artigos 196 e 198/Constituição Federal – CF, artigos 5.º, inciso III e 7.º, inciso II da Lei 8080/1990).

- A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Título I, Disposições Gerais, art. 2.º diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Ainda na mesma Lei, consta em seu parágrafo 1.º: "O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".
- A triagem ou Classificação de Risco é uma ferramenta de manejo clínico, empregada nos serviços de urgência por todo mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta.
- O Grupo de Classificação de Risco de Manchester foi formado em novembro de 1994 no Reino Unido com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência para um padrão de triagem ou classificação de risco.
- A Portaria 2048/2002/MS propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a "triagem classificatória de risco". Conforme solicitação da Portaria, a classificação de risco deve ser realizada de acordo com essa Portaria; este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).
- Conforme a Resolução COFEN Nº 661/2021, "Art. 1º No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão."
- O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o SUS e estabelece mudanças na forma e no resultado do atendimento dos usuários; é um instrumento de humanização.
- A estratégia de implantação da sistemática do ACCR possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.
- O ACCR possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

invisa
Instituto
vida e saúde

## 7. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

No processo de classificação é realizada a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravosà saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Devido a estes fatores nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência:

- O paciente dá entrada no serviço de urgência por meio de referenciamento, ou demanda espontânea.
- É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e providenciada a ficha de atendimento, mediante documento com foto.
- Logo após, é encaminhado ao serviço de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo de Manchester e classifica no prontuário do paciente, a partir dos fluxogramas de atendimento, conforme disposto nos anexos deste documento.

## 8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Resolução COFEN Nº 661/2021 Atualiza e Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação da Equipe de Enfermagem na Atividade de Classificação de Risco. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 de março de 2021. p. 192.

JUNIOR, Welfane Cordeiro; MAFRA, Adriana de Azevedo. **Sistema Manchester de Classificação de Risco.** Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Brasil, 2006.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002.

invisa
Instituto
vida e saúde

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Programa Nacional de Humanização daAssistência Hospitalar. Brasília, DF: O Ministério; 2006.

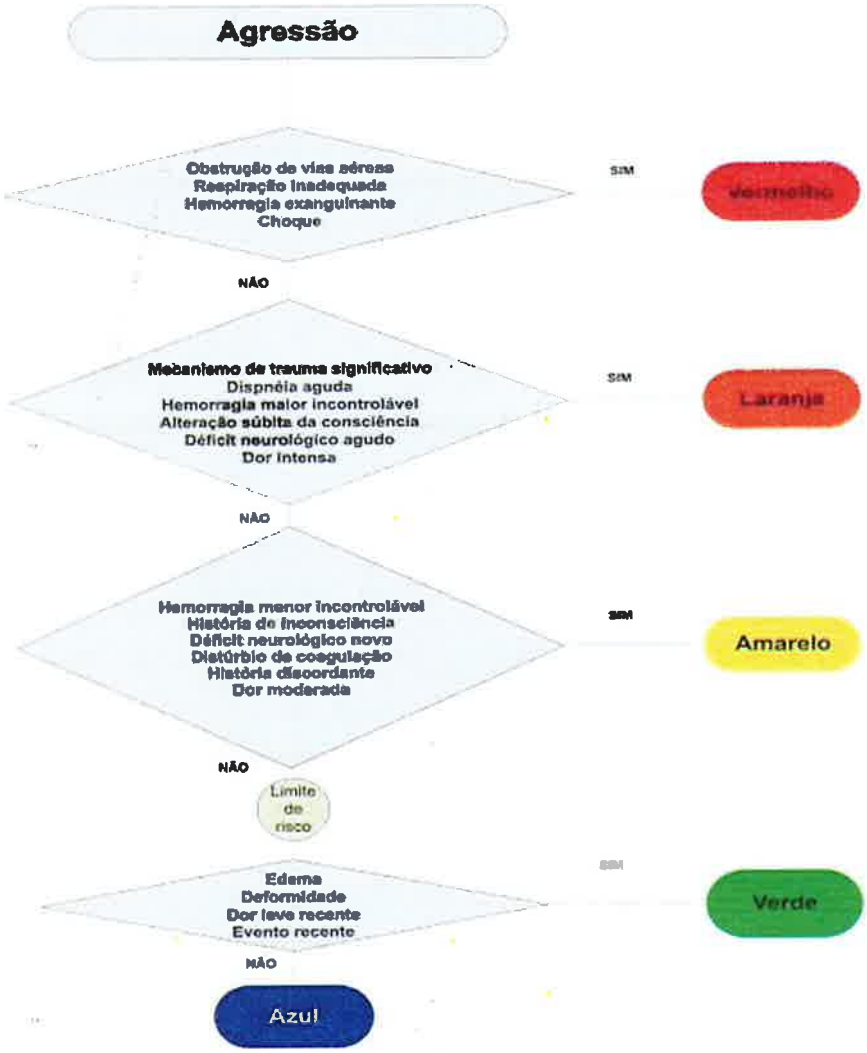
## 9. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| **Elaboração:**<br><br>**Validação:**<br><br>**Registro, análise e revisão:**<br><br>**Aprovação:** | Data: |

invisa
Instituto
vida e saúde

## ANEXOS – FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto
vida e saúde

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

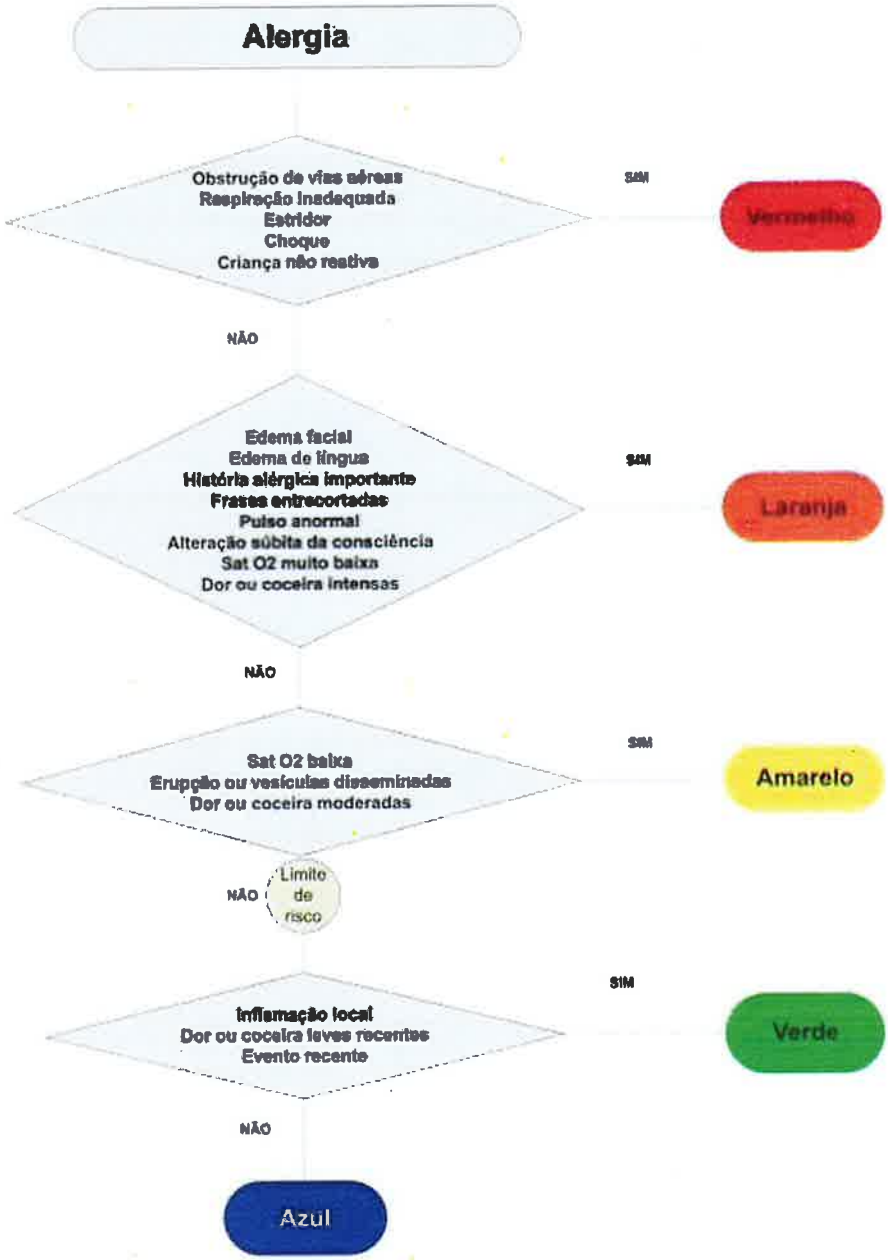
## Notas: Agressão

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| **Trauma Craniano, Trauma Toracoabdominal, Feridas** | Este é um fluxograma de apresentação específico. Agressão é uma apresentação comum e pacientes com queixas inespecíficas após agressão podem ser classificados usando este fluxograma. Pacientes que sofreram traumas específicos serão melhores classificados em fluxogramas mais pertinentes à lesão. Vários discriminadores gerais são usados incluindo risco de vida, hemorragia e dor. Inclui discriminadores específicos para identificar pacientes que tiveram história significativa de trauma, o que pode indicar uma necessidade mais urgente de tratamento. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Deformidade | Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais. |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Edema | Inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho. |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto
vida e saúde




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco



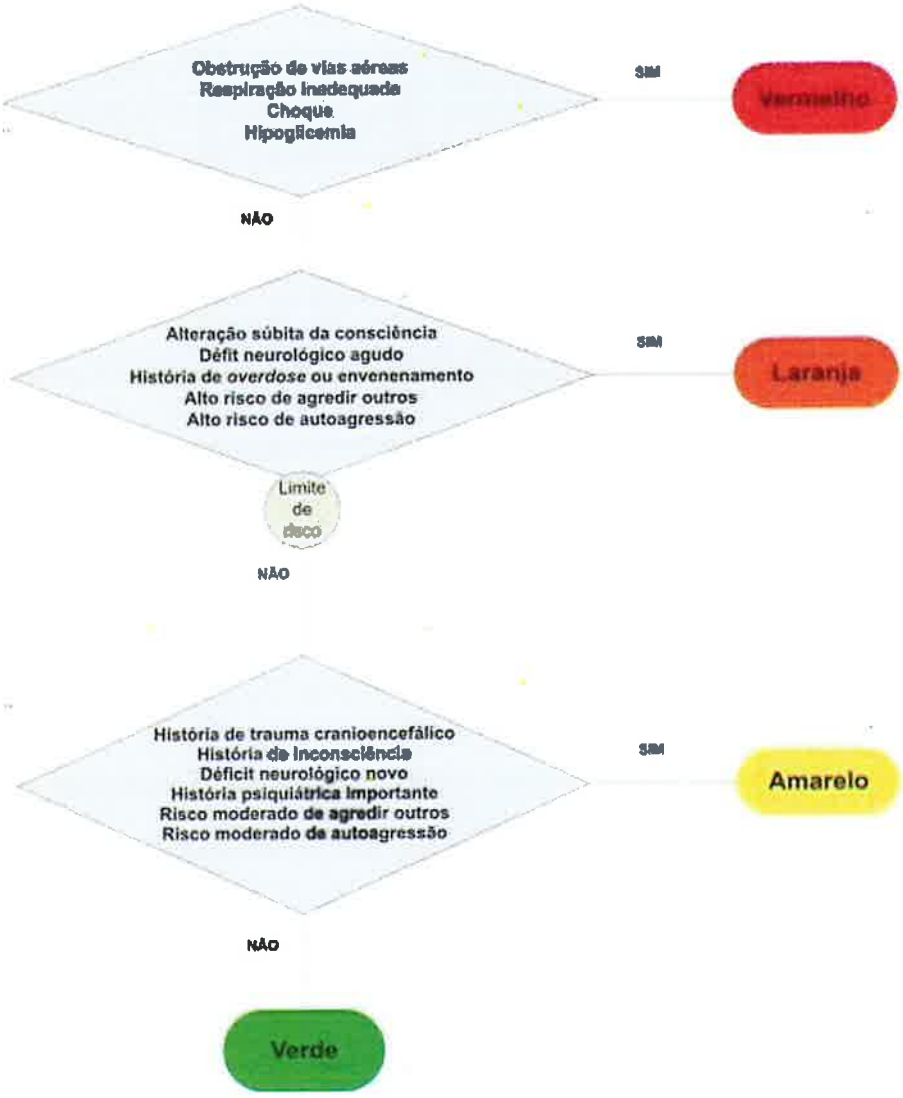

| **Notas:** Alergia | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| Asma<br>**Desmaio em Adulto**<br>**Mal Estar no Adulto,**<br>**Mordeduras e Picadas** | Este é um fluxograma de apresentação específico para permitir priorização de pacientes que apresentam sintomas e sinais relacionados a alergia. Pacientes com reações alérgicas se apresentam desde anafilaxia com risco de perder a vida até prurido por mordida de inseto. Vários discriminadores gerais são usados incluindo risco de vida, alteração da consciência e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para permitir priorizações de situações mais urgentes. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Edema facial | Inchaço difuso na face geralmente envolvendo os lábios. |
| Edema de língua | Inchaço de língua de qualquer intensidade. |
| Erupção ou vesículas disseminadas | Qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal. |
| Frases entrecortadas | Doentes com dificuldade respiratória tão grande que não conseguem nem articular frases curtas numa só expiração. |
| História alérgica importante | Sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão, picada de abelha). |
| Inflamação local | Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |
| Sat O2 baixa | Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente. |
| Sat O2 muito baixa | Saturação de oxigênio < 95% em terapia com $O_2$ ou < 90% em ar ambiente. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto

## Alteração do Comportamento



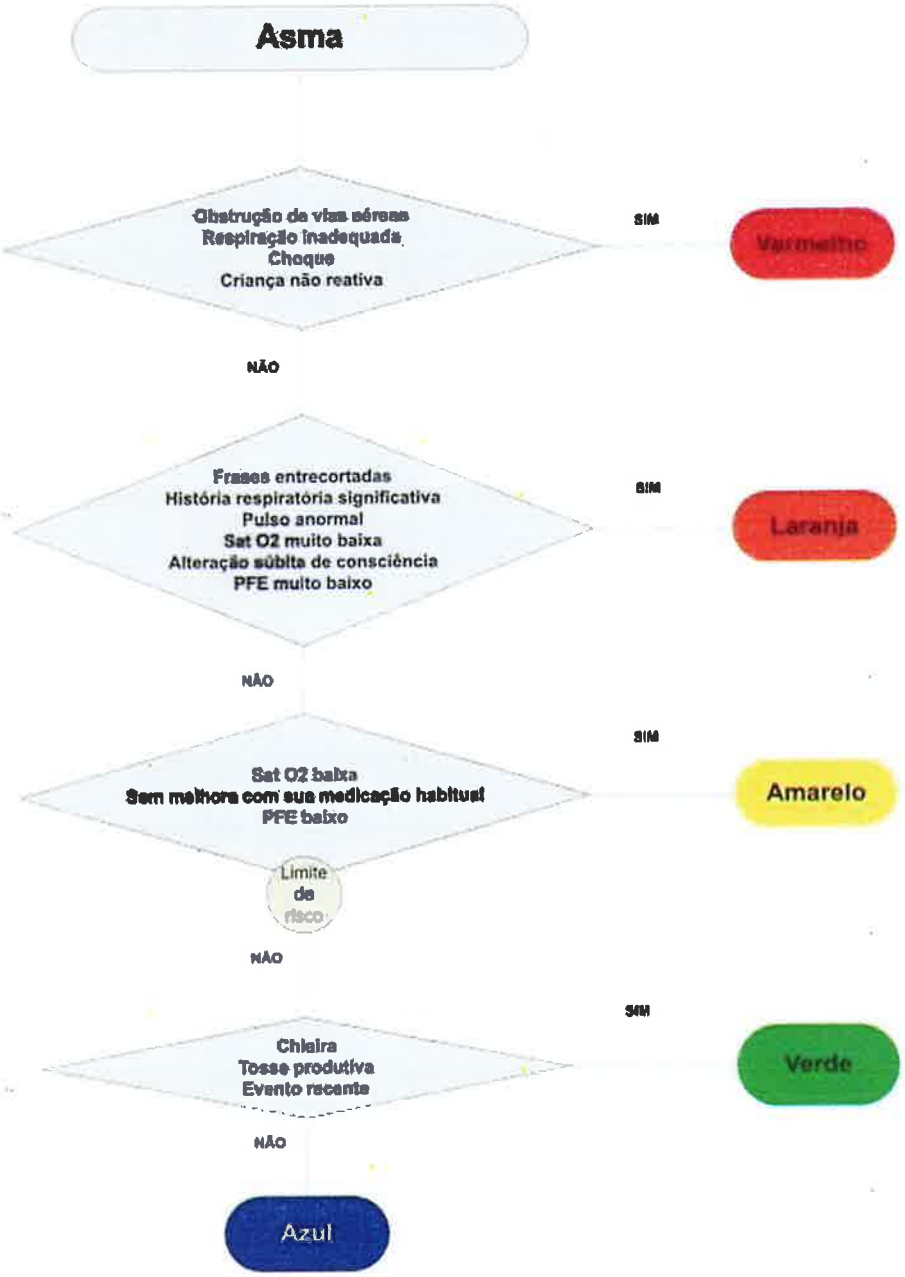

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Alteração do Comportamento | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Embriaguez**<br>**Aparente**<br>**Doença Mental** | Este é um fluxograma de apresentação específico para pacientes com alteração de comportamento que podem ter etiologia psiquiátrica ou orgânica. Este fluxograma se propõe a indicar a prioridade adequada para ambos os grupos de pacientes. Vários discriminadores gerais são usados incluindo risco de vida e alteração da consciência. Discriminadores específicos foram incluídos, sendo introduzidos particularmente os conceitos de risco de agredir outros e risco de auto-agressão. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Alto risco de agredir outros | A presença de um risco potencial de dano a outros pode ser avaliada observando-se a postura (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietude, andando). Alto risco deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole. |
| Alto risco de autoagressão | Uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele que tem passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade é de alto risco. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História de *overdose* ou envenenamento | Esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. |
| História de trauma cranioencefálico | História de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente, a história deverá ser colhida de uma testemunha confiável. |
| História psiquiátrica importante | História de evento ou doença psiquiátrica significativa. |
| Risco moderado de agredir outros | Risco potencial de dano a outros pode ser avaliada observando-se a postura (tensa e pulso cerrado), o padrão de discurso (alto, ameaçador) e comportamento motor (inquietude, andando). Risco moderado deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém. |
| Risco moderado de autoagressão | Avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele sem passado importante de auto agressão, que não está ativamente tentando se machucar nem tentando ir embora para tal, mas manifesta desejo de se machucar está em risco moderado. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto
vida e saúde




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto
vida e saúde

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

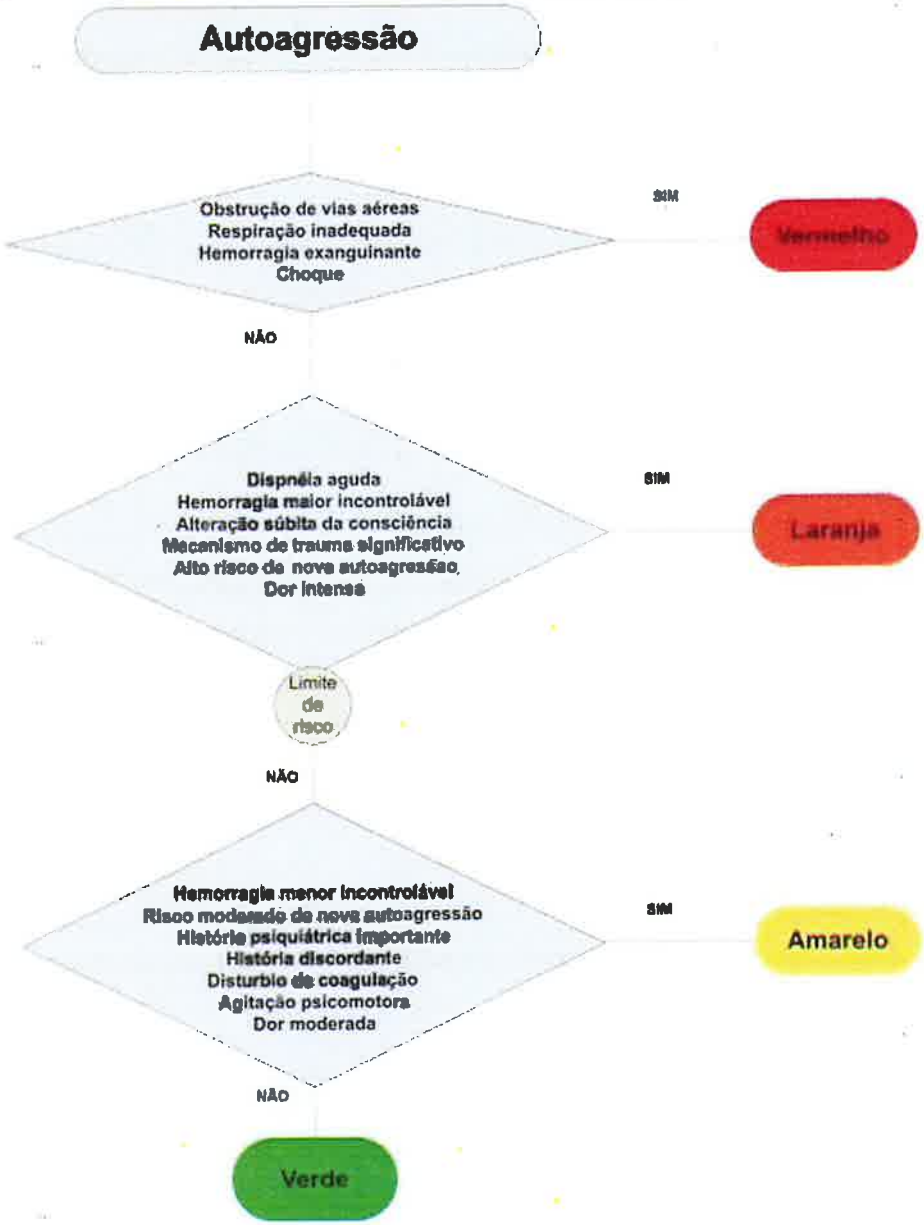
## Notas: Asma

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| Alergia<br>**Dispnéia em adulto**<br>**Dispnéia na criança** | Este é um fluxograma de apresentação específico para ser usado em pacientes que apresentam sinais e sintomas de uma asma previamente conhecida. A gravidade do paciente asmático à apresentação varia daqueles cuja vida está em risco até aqueles que só precisam de nova receita de sua medicação inalatória. Vários discriminadores gerais são usados incluindo risco de vida, nível de consciência (em adultos e crianças) e saturação de oxigênio. Discriminadores específicos foram incluídos para indicar sinais e sintomas de asma grave e ameaçadora da vida. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Chieira | Pode ser uma sibilância audível ou só uma sensação de chiado. Obstrução mais grave de vias aéreas pode ser silenciosa (não passa nenhum ar.) |
| História respiratória significativa | História prévia de condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. DPOC, asma lábil, uso domiciliar de $O_2$ ou ventilação não invasiva). |
| PFE baixo | Pico de Fluxo Expiratório (PEF) 50% ou inferior ao melhor PFE previsto (ver escalas em anexo.) |
| PFE muito baixo | Pico de Fluxo Expiratório (PFE) de 33% ou menos do melhor prévio ou previsto. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |
| Sat $O_2$ baixa | Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente. |
| Sat $O_2$ muito baixa | Saturação de oxigênio < 95% em terapia com $O_2$ ou < 90% em ar ambiente. |
| Sem melhora com sua medicação habitual | Esta história deve ser contada pelo paciente. A ausência de melhora da dispnéia com o broncodilatador prescrito pelo médico clínico também é importante. |
| Tosse produtiva | A infecção respiratória geralmente causa tosse com escarro frequentemente purulento (verde ou amarelo). |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto

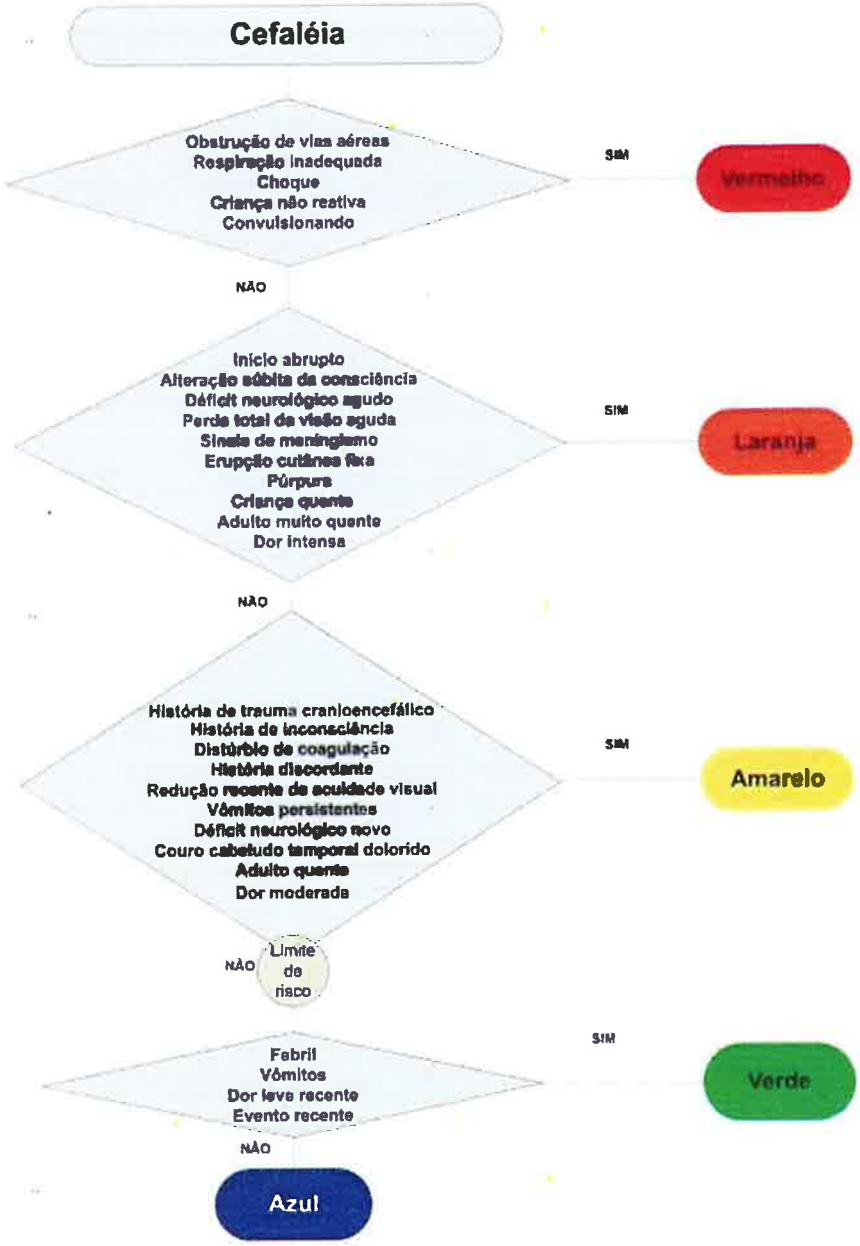



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Autoagressão | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Doença mental**<br>***Overdose* e envenenamento** | Este é um fluxograma de apresentação específico que foi desenhado para permitir priorização adequada de pacientes que provocaram danos físicos a si mesmos. Ele permite abordagem de aspectos físicos e psiquiátricos do quadro. Foi também criado o fluxograma de *overdose* e envenenamentos. Vários discriminadores gerais são usados incluindo ameaça à vida, hemorragia, nível de consciência e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para garantir priorização mais apurada de pacientes com grave mecanismo de trauma e com os vários graus de risco de nova autoagressão. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Agitação psicomotora | Pacientes que estão físico e/ou emocionalmente muito perturbados. |
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Alto risco de (nova) autoagressão | Uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele que tem passado importante de auto-agressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade é de alto risco. |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| História psiquiátrica importante | História de evento ou doença psiquiátrica significativa. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |
| Risco moderado de (nova) autoagressão | Avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele sem passado importante de autoagressão, que não está ativamente tentando se machucar nem tentando ir embora para tal, mas manifesta desejo de se machucar está em risco moderado. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto

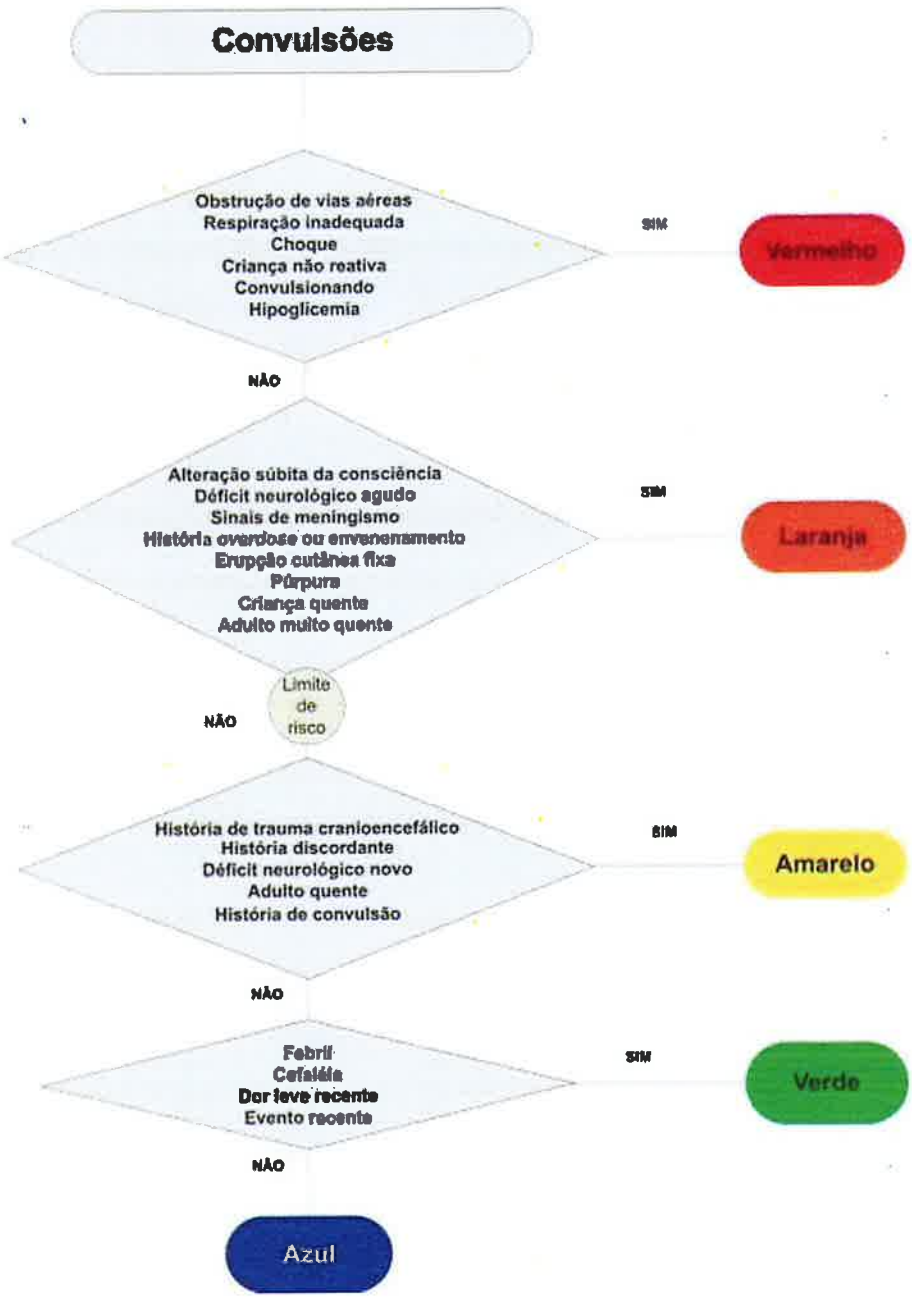
Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Cefaléia | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Trauma Craniano, Dor Cervical** | Muitas doenças podem apresentar-se como cefaléia e algumas requerem avaliação médica urgente. São utilizados discriminadores gerais que incluem risco de vida, grau de consciência, dor e temperatura. Discriminantes específicos são usados para indicar causas graves como hemorragia subaracnóide e meningococcemia. Sinais neurológicos focais associados a diminuição da acuidade visual e dolorimento temporal de couro cabeludo podem indicar priorização urgente. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Convulsionando | Pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial. |
| Couro cabeludo temporal dolorido | Dolorimento na palpação da região temporal (principalmente sobre a artéria). |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Erupção cutânea fixa | Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo. |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Início abrupto | Início em segundos ou minutos. Pode acordar o paciente. |
| Perda total da visão aguda | Perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24h e que não voltou ao normal. |
| Púrpura | Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela. |
| Redução recente da acuidade visual | Qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos sete dias. |
| Sinais de meningismo | Classicamente rigidez de nuca associada a cefaléia e fotofobia. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto

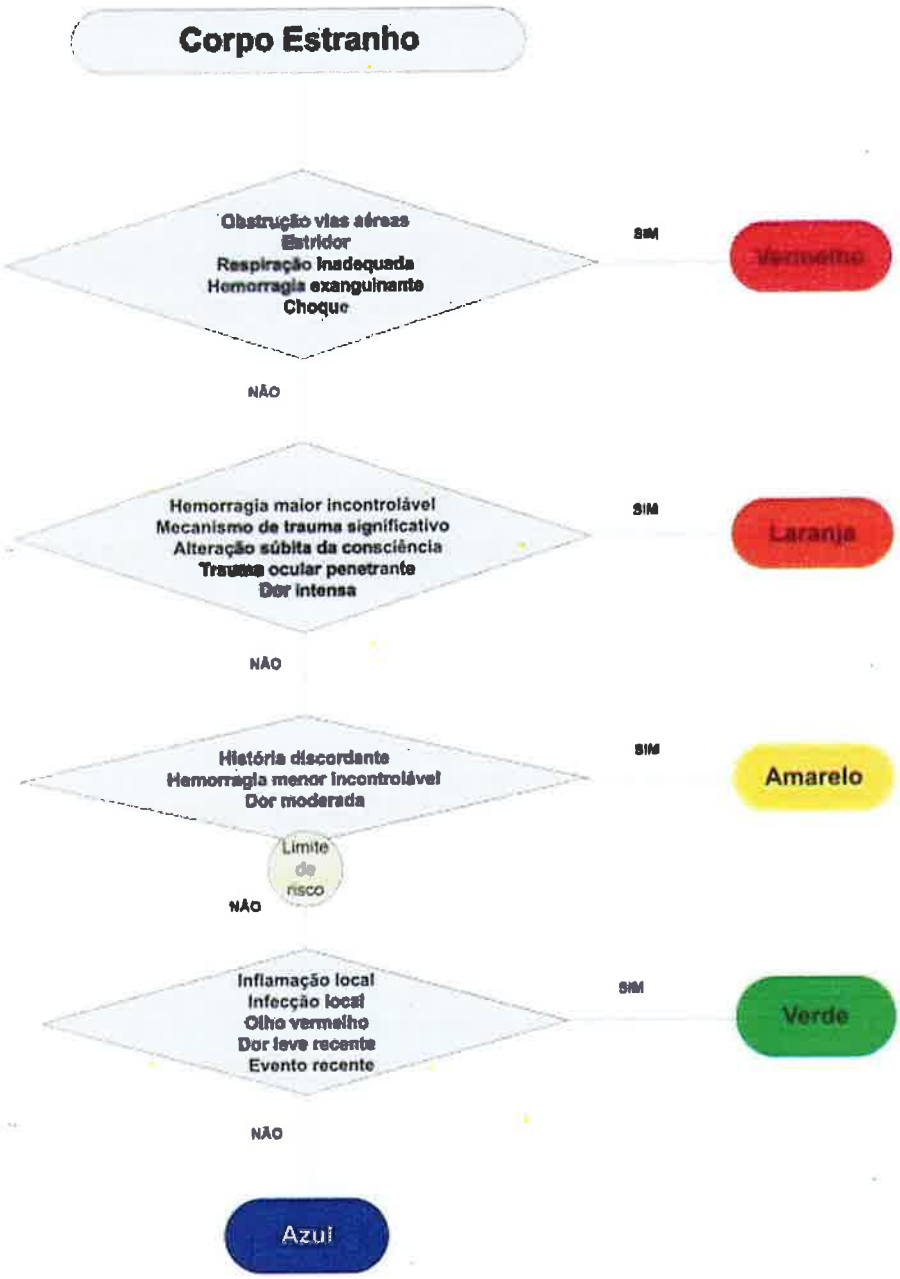



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Convulsões | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Trauma Craniano, Cefaléia, *Overdose* e Envenenamento** | Esta situação não é rara nos serviços de urgência. Este fluxograma foi criado para priorizar rapidamente pacientes que estão convulsionando ou que estiveram em crise. Apresenta discriminadores gerais para risco de vida, nível d onsciência e temperatura. Os discriminadores específicos incluem sinais de meningismo, déficit focal e perda progressiva de função. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Cefaléia | Qualquer dor ao redor da cabeça não relacionada a nenhuma estrutura anatômica especial. A dor facial não está incluída. |
| Convulsionando | Pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Erupção cutânea fixa | Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História de *overdose* ou envenenamento | Esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. |
| História de trauma cranioencefálico | História de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente, a história deverá ser colhida de uma testemunha confiável. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Púrpura | Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela. |
| Sinais de meningismo | Classicamente rigidez de nuca associada a cefaléia e fotofobia. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

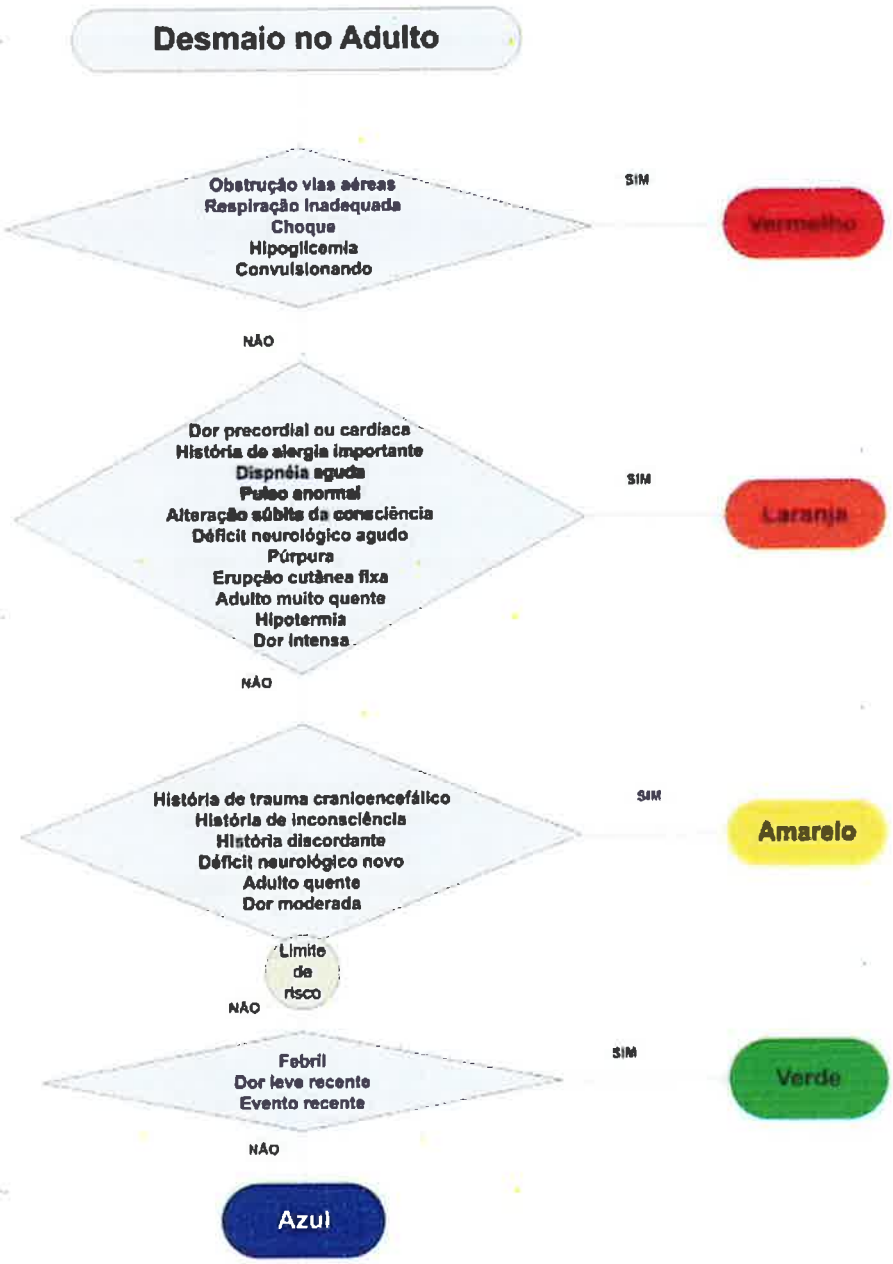
invisa
Instituto

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Corpo Estranho | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Feridas, Trauma Toracoabdominal** | Este fluxograma foi criado para priorizar pacientes com corpo estranho em qualquer parte de sua anatomia. A gravidade vai desde o incômodo até o risco de vida. São usados discriminadores gerais para risco de vida, hemorragia e dor. O único discriminador específico correlacionado com parte anatômica é a perfuração de globo ocular. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Estridor | Ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Infecção local | Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus. |
| Inflamação local | Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |
| Olho vermelho | Qualquer vermelhidão do olho. Pode ou não haver dor e esta ser difusa ou parcial. |
| Trauma ocular penetrante | Evento traumático físico recente com perfuração do globo ocular. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

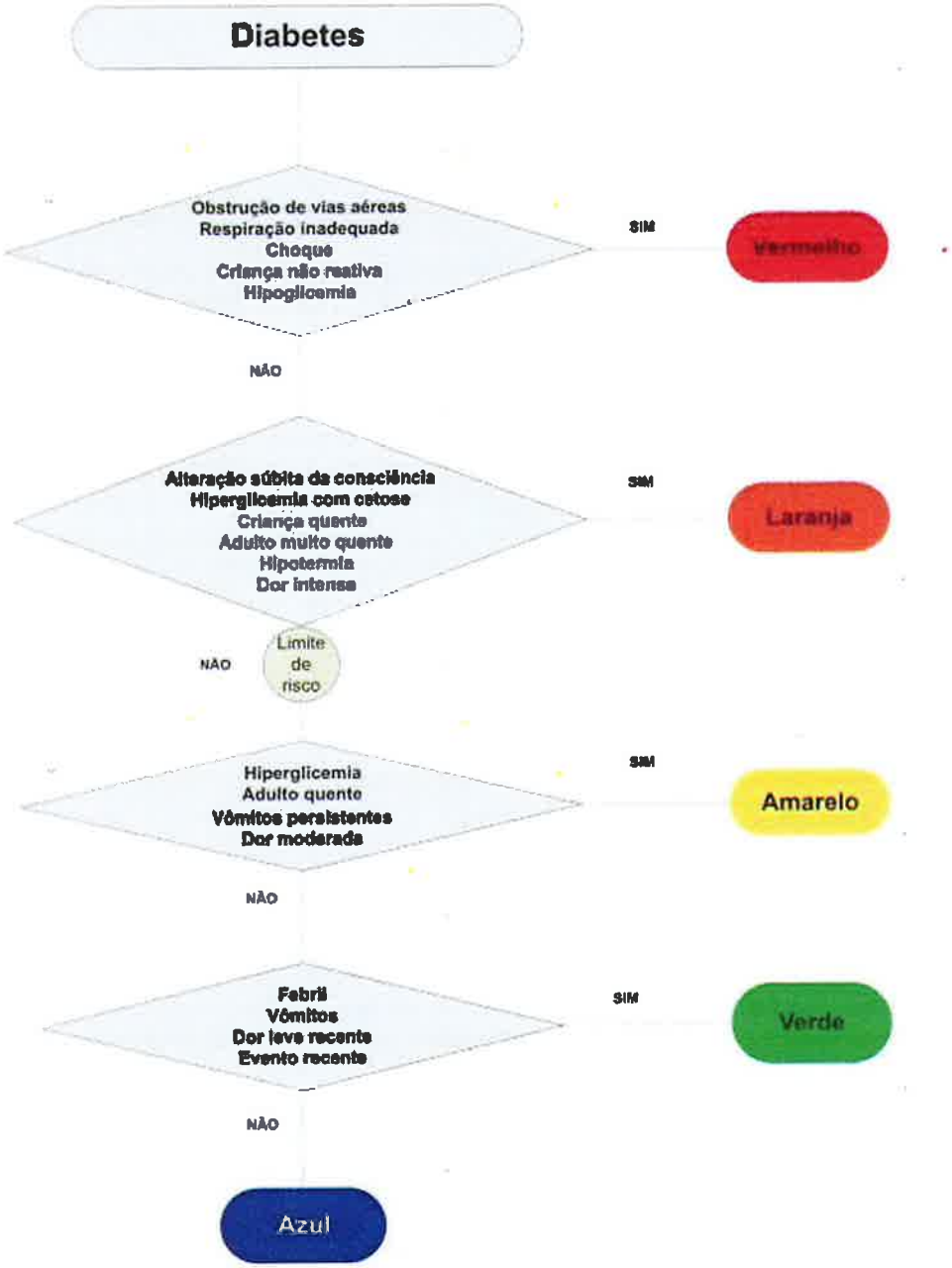
## Notas: Desmaio no Adulto

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| **Convulsões, Mal Estar, Embriaguez Aparente, Quedas** | Desmaio e síncope não são raros nos serviços de urgência e este fluxograma foi criado para classificar rapidamente tais eventos. Alguns discriminadores gerais foram usados para risco de vida, alteração da consciência, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram incluídos para avaliar patologias mais graves (como infarto agudo do miocárdio) que podem se beneficiar de intervenção mais precoce e tiveram, portanto, prioridade deliberadamente mais alta. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Dor precordial ou cardíaca | Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e / ou dor epigástrica. |
| Erupção cutânea fixa | Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História alérgica importante | Sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão, picada de abelha). |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |
| Púrpura | Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto
vida e saúde



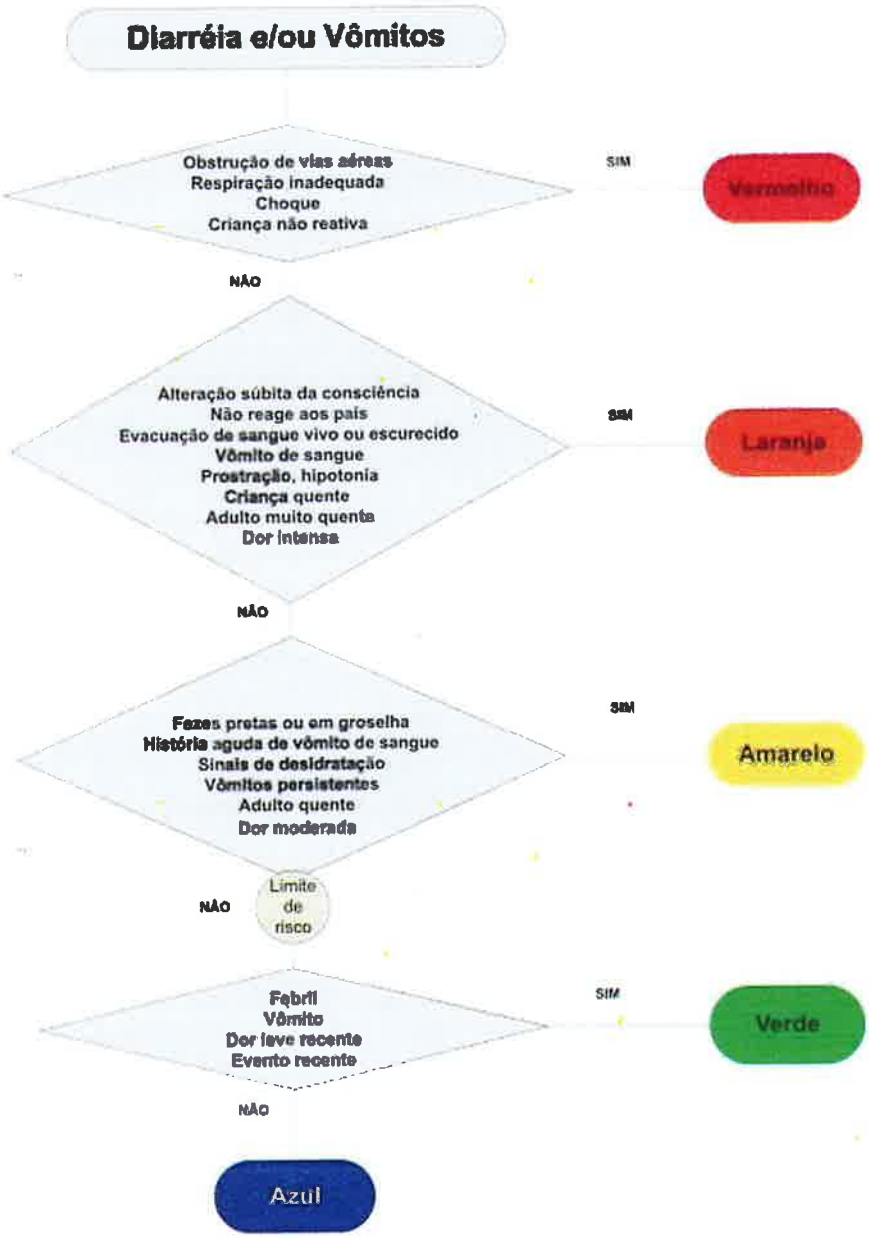

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Diabetes | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| | Este fluxograma foi desenhado para classificar pacientes sabidamente diabéticos. Foram utilizados discriminadores gerais para risco de vida, estado de consciência (adultos e crianças), glicemia e temperatura. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Hiperglicemia | Glicemia > 300mg/dL |
| Hiperglicemia com cetose | Glicemia > 200mg/dL com cetonemia, cetonúria ou sinais de acidose (respiração profunda) |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

invisa
Instituto
vida e saúde

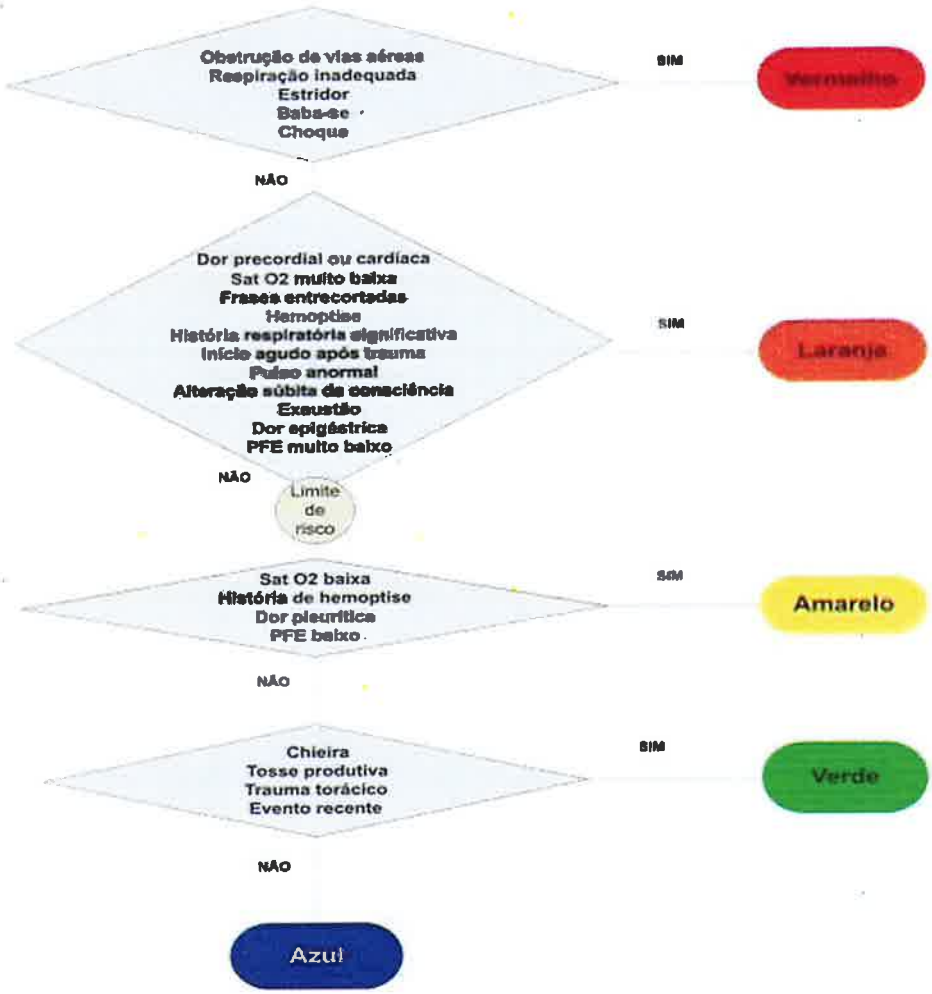
Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Diarréia e/ou Vômitos | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Hemorragia Digestiva, Dor abdominal em Adulto, Dor Abdominal em Criança** | A maioria dos pacientes com diarréia e vômitos não apresentam alta prioridade. Alguns, entretanto, podem apresentar doença de base grave. Discriminadores gerais foram usados para risco de vida e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar maior prioridade para aqueles com sangramento gastrointestinal, desidratação ou outras consequências graves de vômitos e diarréia. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Evacuação de sangue vivo ou escurecido | No sangramento gastrintestinal maciço haverá evacuação de sangue vermelho escuro. Quando o trânsito GI aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena. |
| Fezes em groselha | Fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico. |
| Fezes pretas | Qualquer escurecimento preenche este critério. |
| História aguda de vômito de sangue | Hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas. |
| Não reage aos pais | Não reage de nenhuma forma ao rosto ou à voz dos pais. Reações anormais e aparente perda de reconhecimento dos pais também são sinais preocupantes. |
| Prostração, hipotonia | Pais descrevem a criança como "molinha". O tônus geralmente está diminuído – o sinal mais característico é a cabeça caída. |
| Vômito de sangue | O sangue vomitado pode ser fresco (rutilante, ou escurecido) ou em borra de café. |
| Sinais de desidratação | Língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos, fontanela baixa. Geralmente há diminuição da diurese. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

## Dispnéia em Adulto



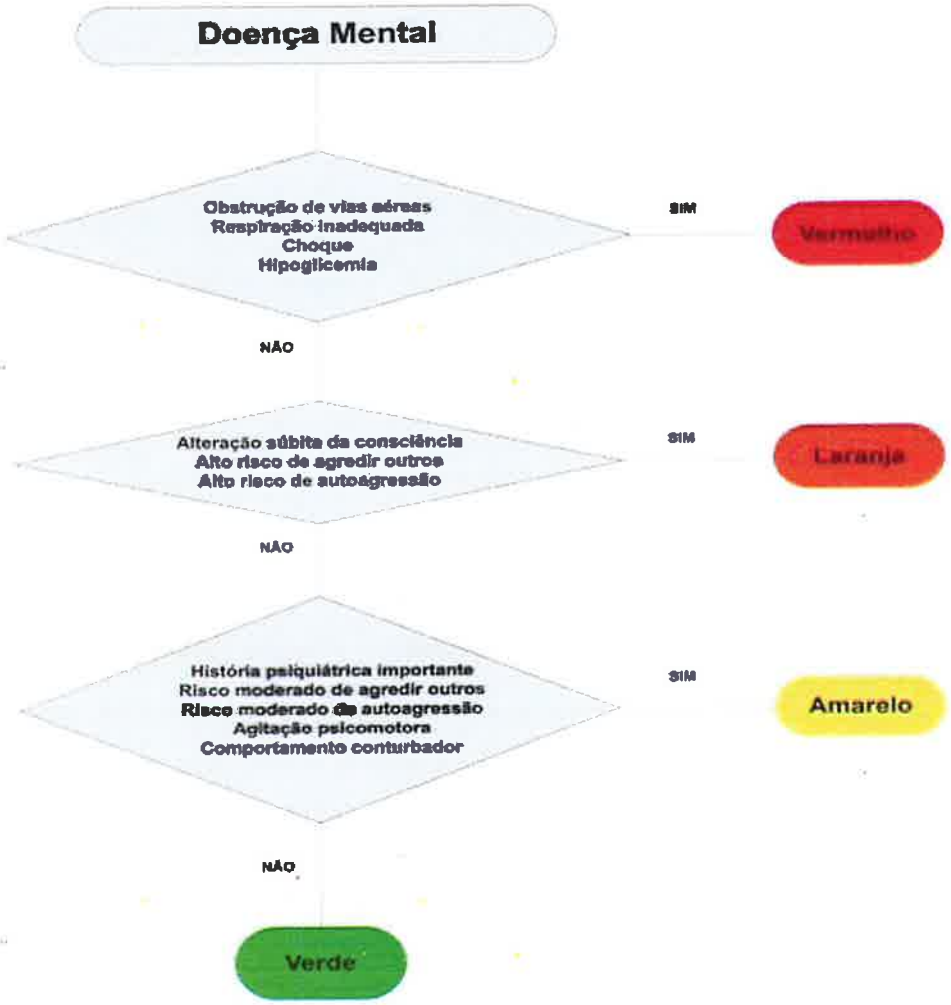

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

## Notas: Dispnéia em Adulto

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| Asma,<br>Dispnéia na criança,<br>Mal Estar no Adulto | Dispnéia pode ser sintoma de doenças cardiovasculares ou respiratórias. Alguns discriminadores gerais foram usados incluindo risco de vida e saturação de oxigênio. Discriminadores específicos estão presentes em asma grave, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença isquêmica do coração. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Baba-se | Saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir. |
| Chieira | Pode ser uma sibilância audível ou só uma sensação de chiado. Obstrução mais grave de vias aéreas pode ser silenciosa (não passa nenhum ar.) |
| Dor epigástrica | Dor ou desconforto no epigástrio acompanhada de náusea, sudorese, sensação de tonteira. |
| Dor pleurítica | Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro. |
| Dor precordial ou cardíaca | Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e / ou dor epigástrica. |
| Estridor | Ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta. |
| Exaustão | Pacientes em exaustão respiratória parecem reduzir o esforço ventilatório apesar de se manterem em insuficiência respiratória. É pré-terminal. |
| Frases entrecortadas | Doentes com dificuldade respiratória tão grande que não conseguem nem articular frases curtas numa só expiração. |
| Hemoptise | Sangue aerado emitido com o esforço da tosse |
| História respiratória significativa | História prévia de condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. DPOC, asma lábil, uso domiciliar de $O_2$ ou ventilação não invasiva). |
| Início agudo após trauma | Início imediato dos sintomas em 24h de um trauma físico. |
| PFE baixo | Pico de Fluxo Expiratório (PEF) 50% ou inferior ao melhor PFE previsto (ver escalas em anexo.) |
| PFE muito baixo | Pico de Fluxo Expiratório (PFE) de 33% ou menos do melhor prévio ou previsto. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |
| Sat $O_2$ baixa | Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente. |
| Sat $O_2$ muito baixa | Saturação de oxigênio < 95% em terapia com $O_2$ ou < 90% em ar ambiente. |
| Tosse produtiva | A infecção respiratória geralmente causa tosse com escarro frequentemente purulento (verde ou amarelo). |
| Trauma torácico | Qualquer trauma abaixo da clavícula e acima da última costela. Trauma na parte inferior do tórax pode causar lesão de órgãos abdominais. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

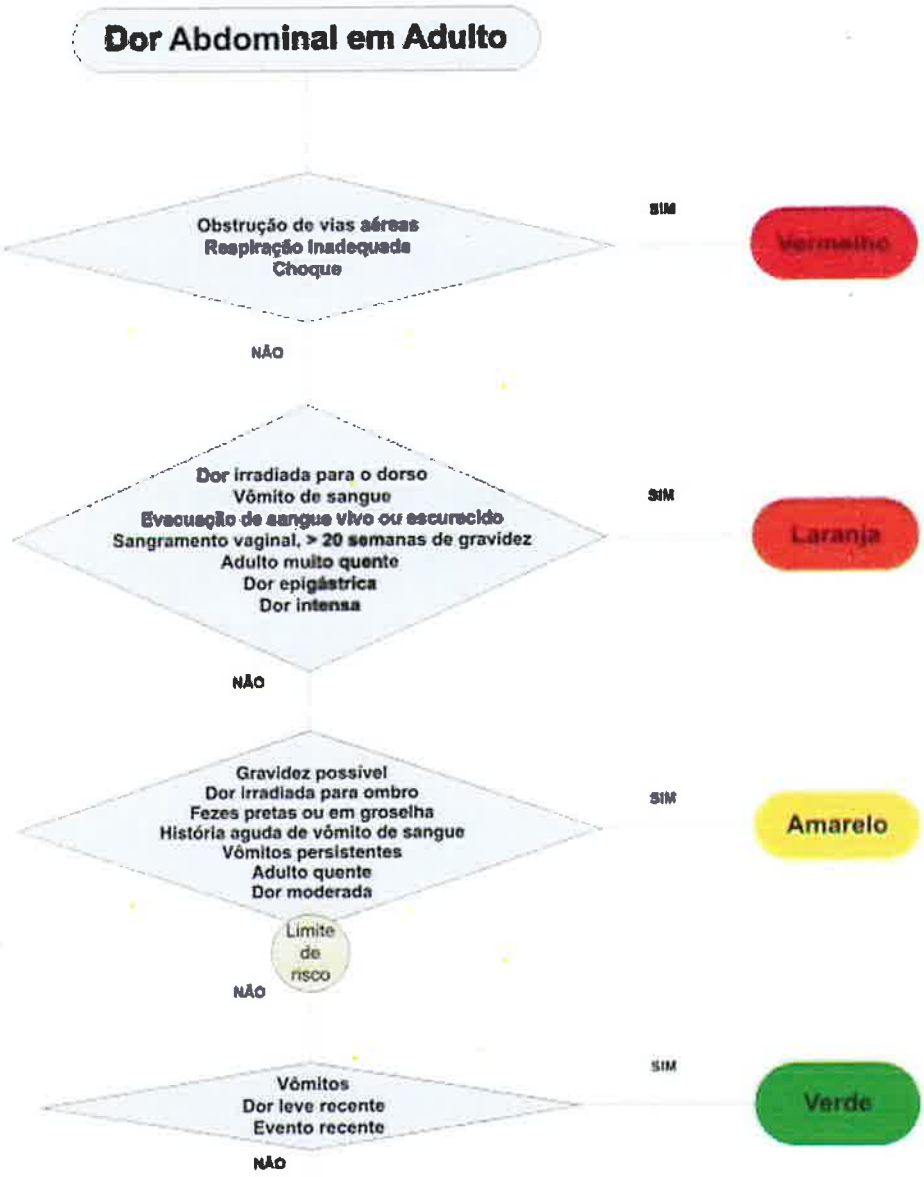



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Doença Mental | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Alteração de Comportamento, Embriaguez Aparente** | Este fluxograma foi feito para priorização de pacientes com passado psiquiátrico ou doença mental conhecida ou de início recente. Inclui situações em que a queixa principal indica doença mental, com abordagem também de aspectos físicos da situação-queixa. Discriminadores gerais foram usados para risco de vida e estado de consciência. Discriminadores específicos foram usados para permitir avaliação mais apropriada de pacientes com passado psiquiátrico importante conhecido e daqueles com risco variável de causar danos aos outros ou a si mesmos. Pacientes de comportamento conturbador ou em agitação psicomotora são considerados como urgentes. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Agitação psicomotora | Pacientes que estão físico e/ou emocionalmente muito perturbados |
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Alto risco de agredir outros | A presença de um risco potencial de dano a outros pode ser avaliada observando-se a postura (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietude, andando). Alto risco deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole. |
| Alto risco de autoagressão | Uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele que tem passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade é de alto risco. |
| Comportamento conturbador | Comportamento que afeta o bom andamento do Serviço. Pode ser ameaçador. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História psiquiátrica importante | História de evento ou doença psiquiátrica significativa. |
| Risco moderado de agredir outros | Risco potencial de dano a outros pode ser avaliada observando-se a postura (tensa e pulso cerrado), o padrão de discurso (alto, ameaçador) e comportamento motor (inquietude, andando). Risco moderado deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém. |
| Risco moderado de autoagressão | Avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele sem passado importante de autoagressão, que não está ativamente tentando se machucar nem tentando ir embora para tal, mas manifesta desejo de se machucar está em risco moderado. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

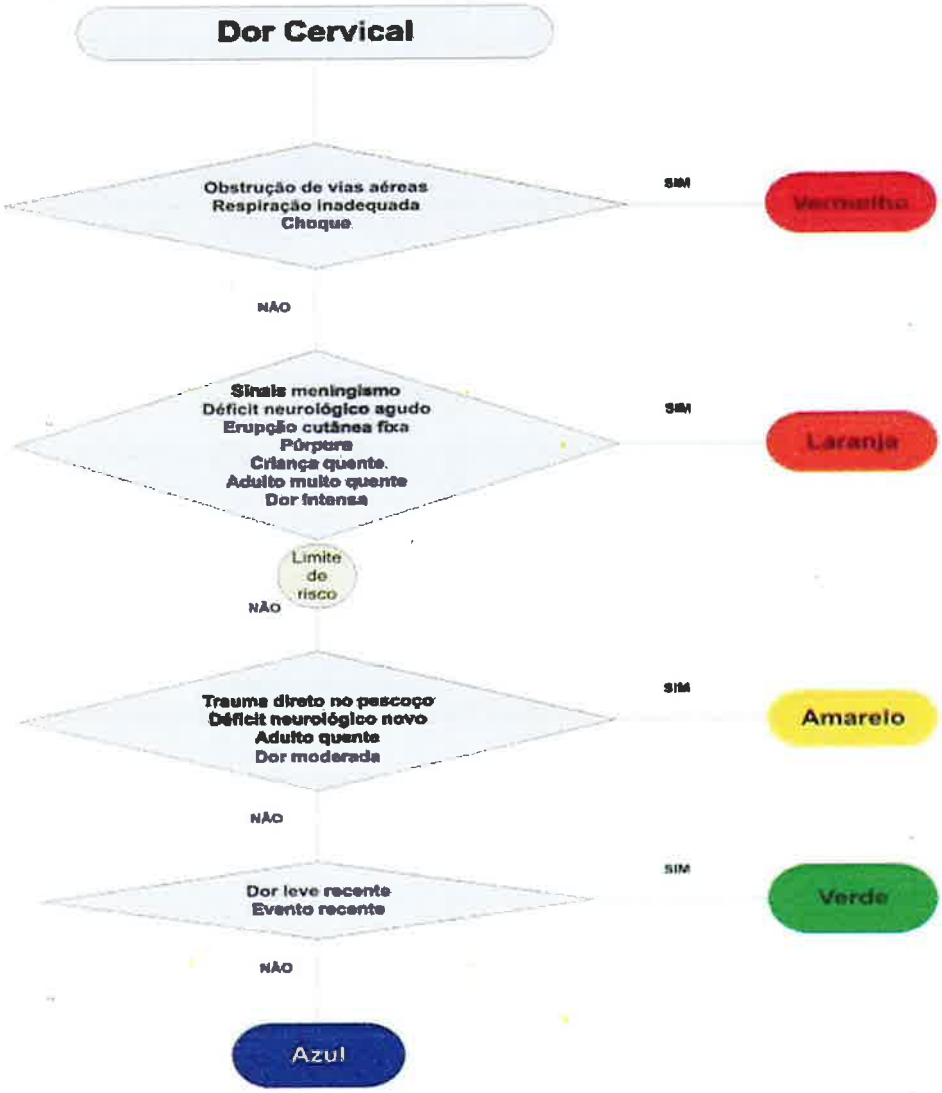



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Dor Abdominal em Adulto | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Hemorragia Digestiva, Diarréia e Vômitos, Gravidez** | Dor abdominal é uma situação frequente nas urgências cirúrgicas. Foram utilizados discriminadores gerais para risco de vida e dor. Discriminadores específicos foram incluídos nas prioridades laranja e amarela para garantir que patologias mais graves sejam classificadas apropriadamente. Discriminadores especiais para hemorragia digestiva moderada ou grave ou sinais de irritação retroperitoneal ou diafragmática indicarão prioridades mais elevadas. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Dor epigástrica | Dor ou desconforto no epigástrio que pode estar acompanhada de náusea, sudorese, sensação de tonteira. |
| Dor irradiada para o dorso | Dor que também é sentida no dorso de forma constante ou intermitente. |
| Dor irradiada para ombro | Dor sentida na ponta do ombro. Geralmente indica irritação diafragmática. |
| Evacuação de sangue vivo ou escurecido | No sangramento gastrintestinal maciço haverá evacuação de sangue vermelho escuro. Quando o trânsito GI aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena. |
| Gravidez possível | Qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está possivelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa sem proteção deverá ser considerada potencialmente grávida. |
| História aguda de vômito de sangue | Hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas. |
| Fezes em groselha | Fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico. |
| Fezes pretas | Qualquer escurecimento preenche este critério. |
| Sangramento vaginal, > 20 semanas de gravidez | Qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez. |
| Vômitos | Qualquer emese preenche este critério. |
| Vômito de sangue | O sangue vomitado pode ser fresco (rutilante, ou escurecido) ou em borra de café. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

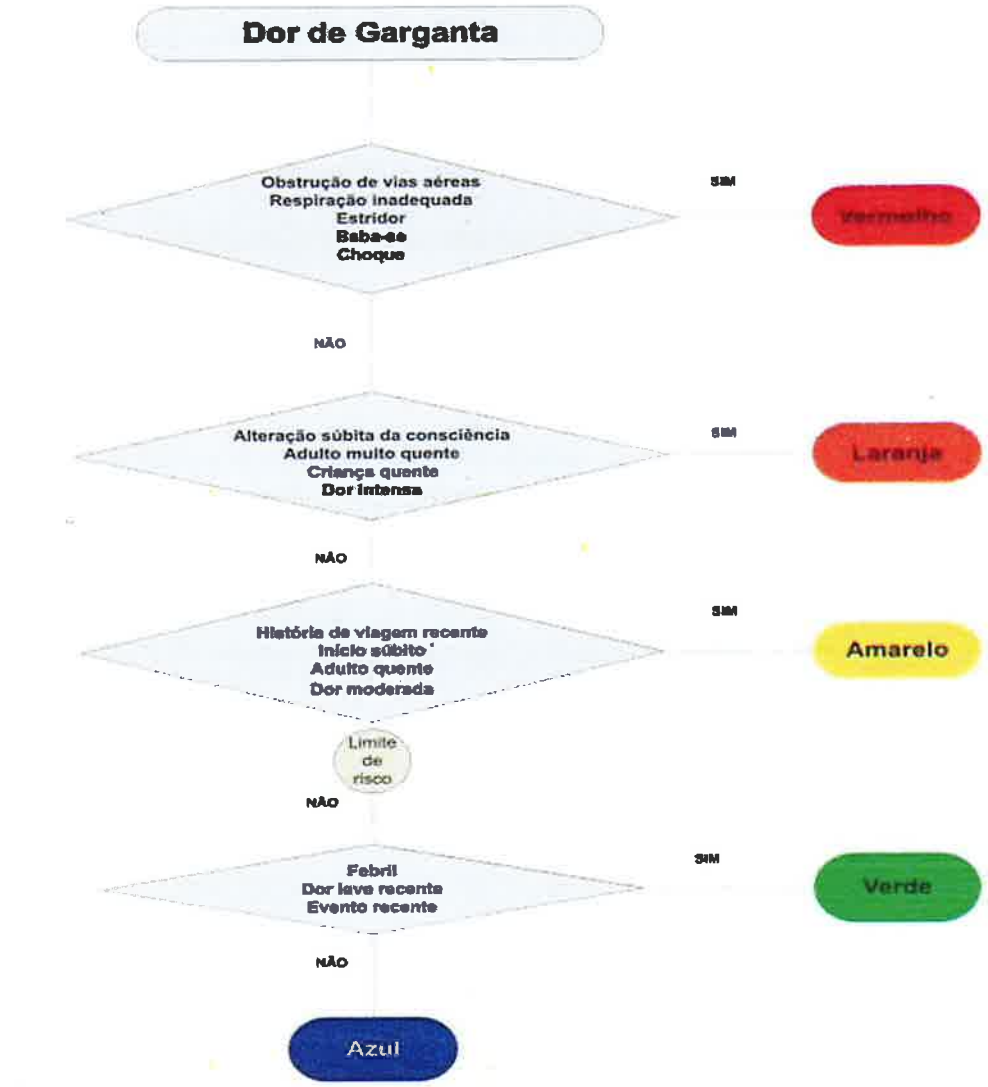
Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco



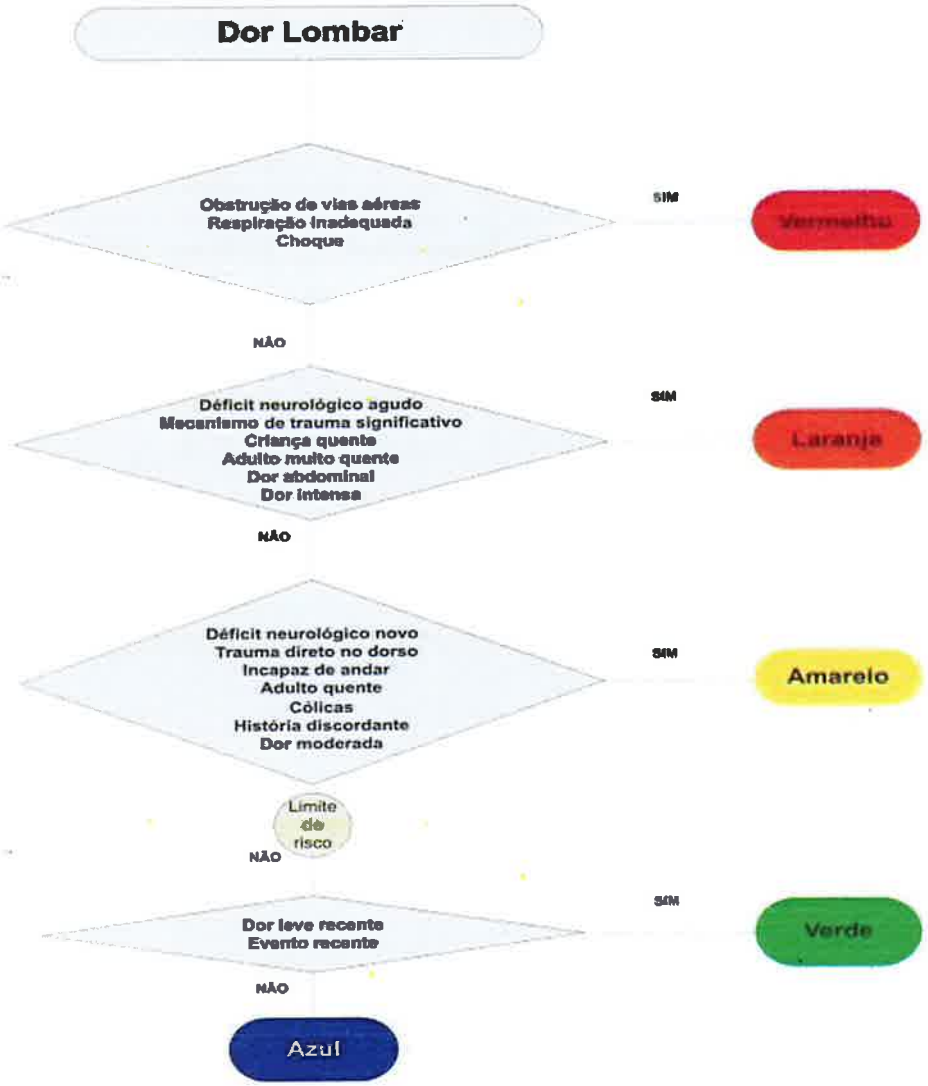

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Dor Cervical | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Dor Lombar, Cefaléia** | Dor no pescoço pode ocorrer por patologia local ou por irritação meníngea. Este fluxograma foi criado para avaliar rapidamente pacientes com sinais e sintomas de doenças mais urgentes. Discriminadores gerais avaliam risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos que sugiram meningite foram incluídos na categoria laranja. |
| | |
| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Erupção cutânea fixa | Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo. |
| **Púrpura** | Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela. |
| Sinais de meningismo | Classicamente rigidez de nuca associada a cefaléia e fotofobia. |
| Trauma direto no pescoço | Isto pode ocorrer de cima para baixo (carga) por exemplo quando alguma coisa cai na cabeça curvando (para frente, trás ou de lado) ou torcendo. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

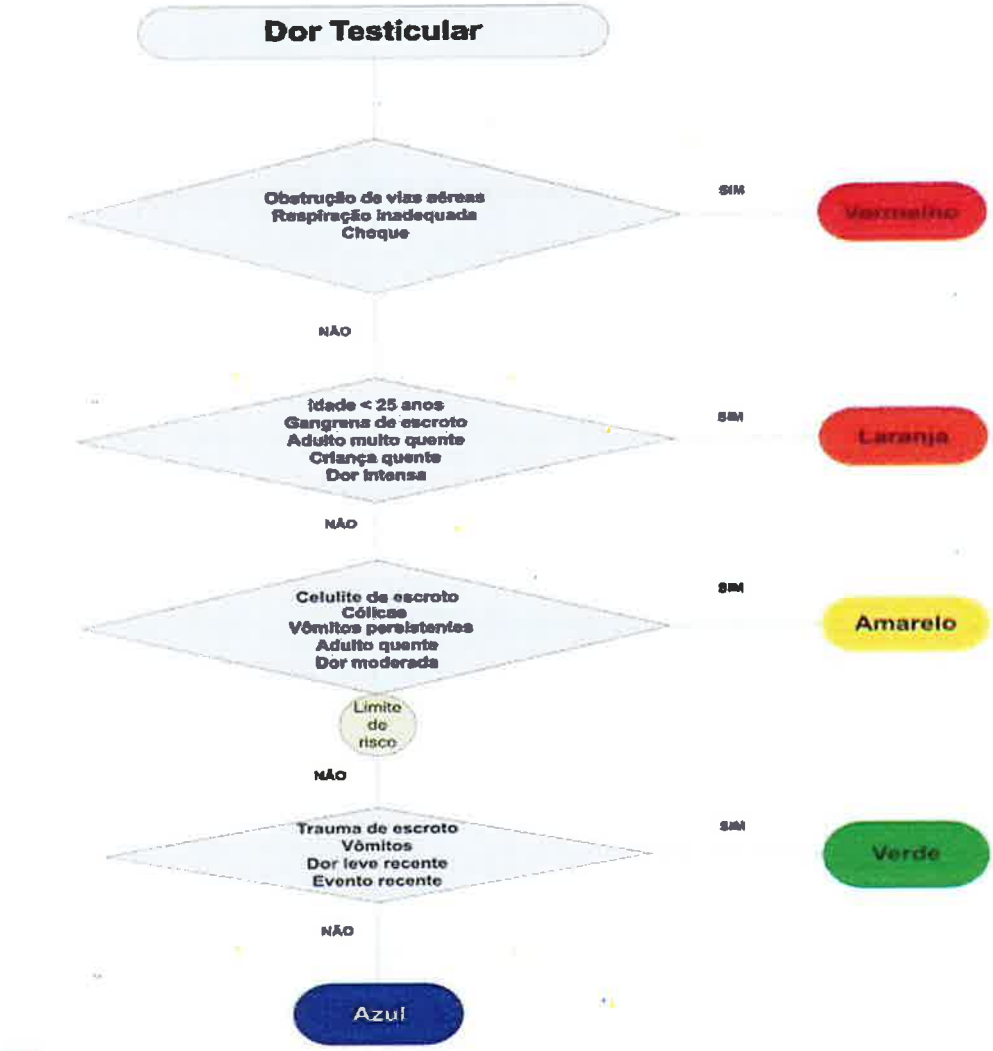



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Dor Lombar | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Dor Cervical, Dor Abdominal** | Pacientes com dor lombar podem se apresentar nos serviços de urgência como evento agudo ou exacerbação de problema crônico. Foram usados discriminadores gerais para risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram selecionados para permitir a priorização de casos mais urgentes, em especial aneurisma de aorta abdominal e sinais e sintomas neurológicos focais por hérnia de disco. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Cólicas | Dores intermitentes. Por exemplo: Cólica renal tende a melhorar e piorar cada 20 min. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Dor abdominal | Qualquer dor sentida no abdome. Se irradiada para o dorso pode indicar dissecção de aorta; se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Incapaz de andar | É importante diferenciar paciente que não consegue caminhar pela dor daquele que realmente não consegue andar. Só o último preenche tal critério. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |
| Trauma direto no dorso | Isto pode ocorrer de cima para baixo (carga), por exemplo, quando se cai de pé, ou quando se inclina (para frente, para trás ou para o lado) ou por torção. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

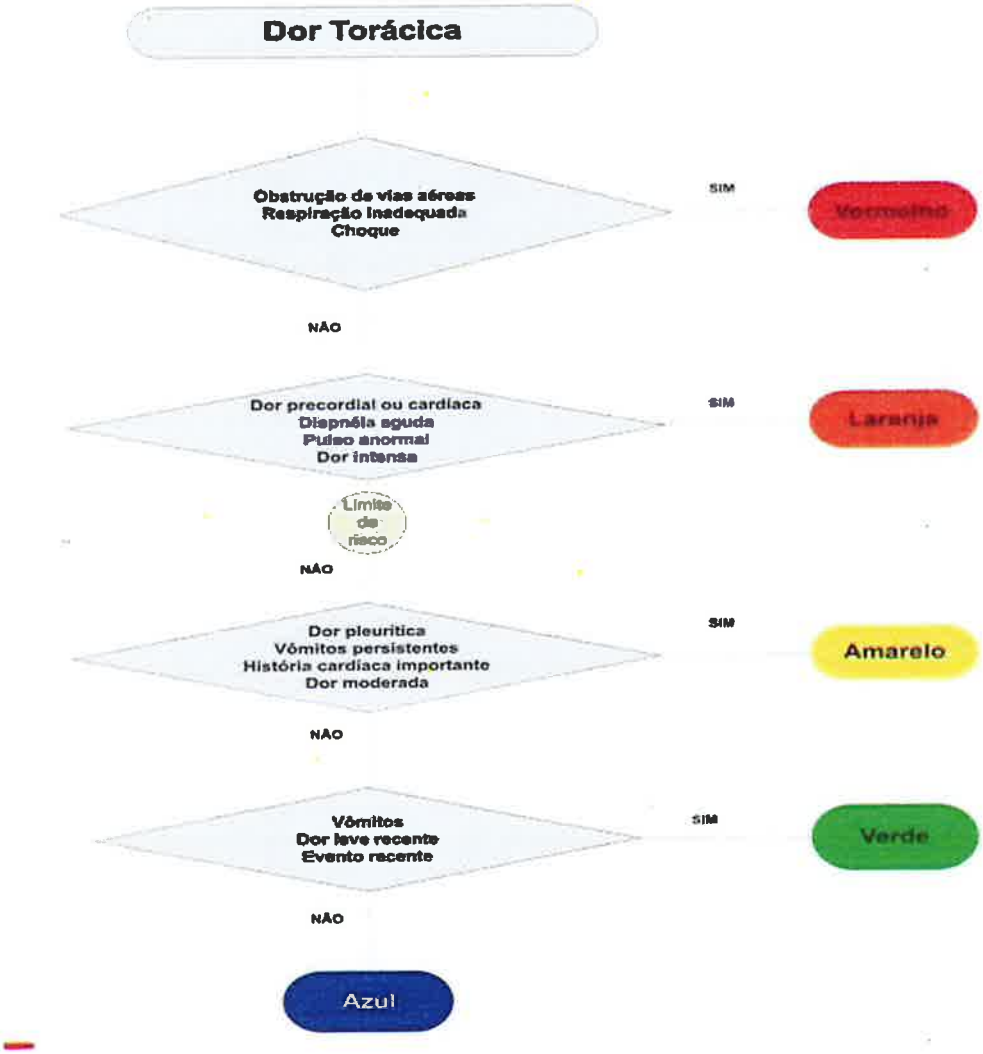



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Dor Testicular | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| Dor abdominal | Dor testicular pode significar muitas doenças, mas a mais urgente é a torção de testículos. Foram usados discriminadores gerais para risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram incluídos na categoria laranja para priorizar pacientes com grande chance de torção de testículos e infecções mais graves. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Celulite de escroto | Vermelhidão e inchaço em torno da bolsa escrotal. |
| Cólicas | Dores intermitentes. Por exemplo: Cólica renal tende a melhorar e piorar cada 20 min. |
| Gangrena de escroto | Pele necrosada enegrecida em torno do escroto e virilha. Gangrena precoce pode não ser enegrecida, mas se mostrar como uma queimadura em toda espessura da bolsa, com ou sem descamação. |
| Idade < 25 anos | Vinte e cinco anos de idade ou menos |
| Trauma de escroto | Qualquer trauma recente envolvendo a bolsa escrotal. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

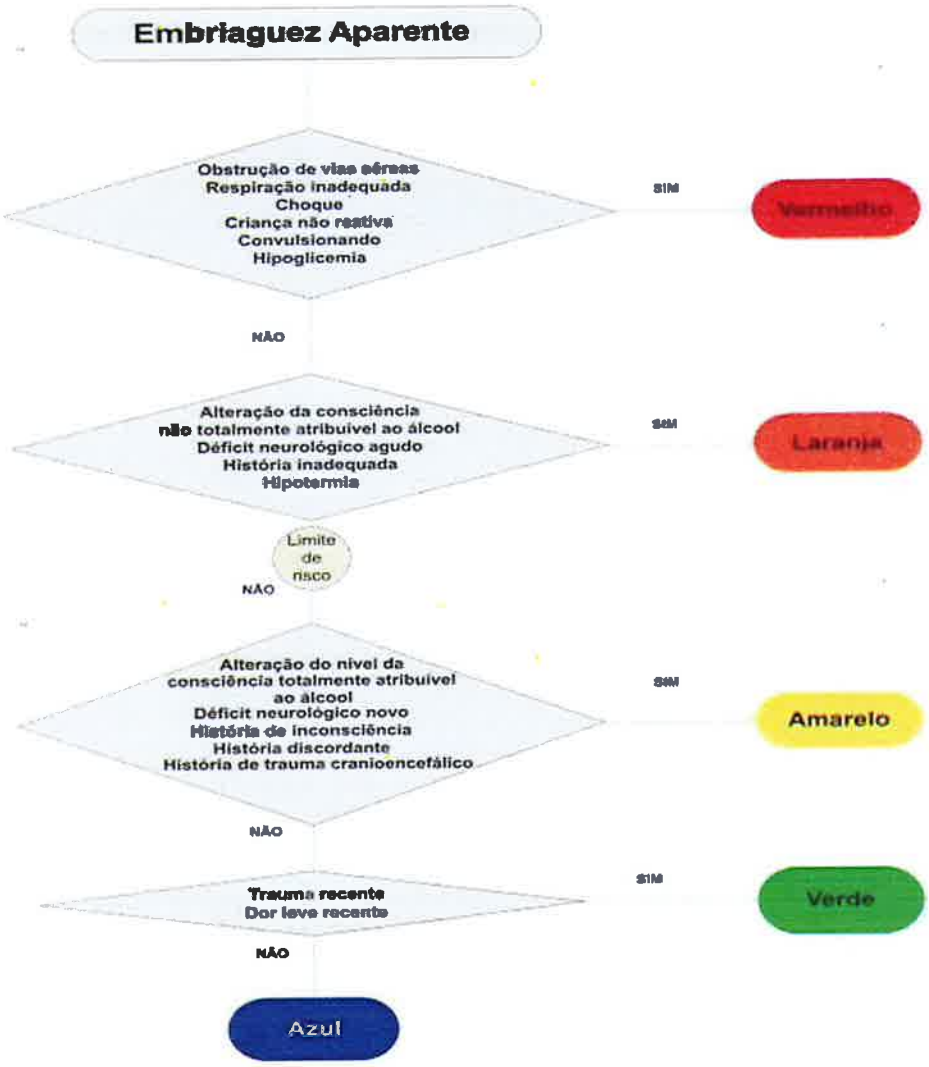



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Dor Torácica | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| | Dor torácica é uma apresentação comum nos serviços de urgência, representando até 2 a 5% dos eventos. Causa de dor torácica vão desde o infarto agudo do miocárdio aé irritação musculas e sua classificação é absolutamente fundamental. São usados discriminadores gerais para risco de vida e dor. Discriminadores específicos incluem tipo e gravidade da dor, (cardíaca ou pleural) e alteração do pulso |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Dor precordial | Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese e náuseas. |
| Dor pleurítica | Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro. |
| História cardíaca importante | Uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana). |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

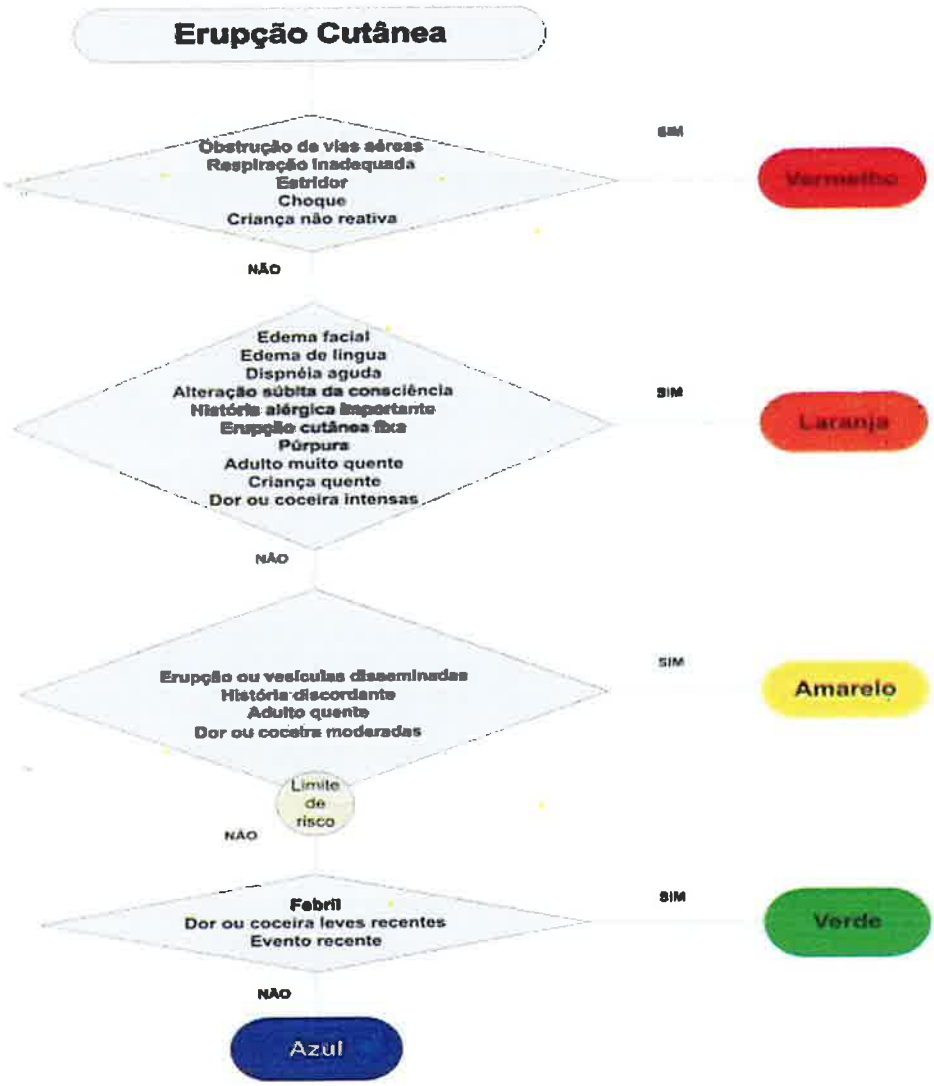



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Embriaguez Aparente | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Alteração de Comportamento, Trauma Craniano, Desmaio no Adulto** | Grande número de pacientes chega aos serviços de urgência em estado de embriaguez aparente. Pressupondo que nem todos eles estejam alcoolizados, foi desenhado este fluxograma para assegurar a identificação e priorização adequada dos pacientes que apresentam condições outras que os fazem parecer bêbados e também daqueles gravemente alcoolizados. Foram adotados discriminadores gerais para risco de vida, alteração do nível de consciência em crianças e glicemia. Um discriminador específico foi incluído para que pacientes com história questionável de ingestão de álcool sejam rapidamente avaliados e tratados. Se houver alguma dúvida, o paciente será considerado muito urgente. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool | Paciente não totalmente alerta com história de ingestão alcoólica, mas há alguma dúvida de outras causas de diminuição do nível de consciência. |
| Alteração da consciência totalmente atribuível ao álcool | Paciente não totalmente alerta com história clara de ingestão alcoólica, quando outras causas de alteração mental foram excluídas. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| História inadequada | Se não está clara e inequívoca a história de ingestão aguda de álcool e, se trauma craniano, ingestão de drogas, comorbidades, etc. não podem ser definitivamente excluídos. |
| História de trauma craniano | História de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente, a história deverá ser colhida de uma testemunha confiável. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

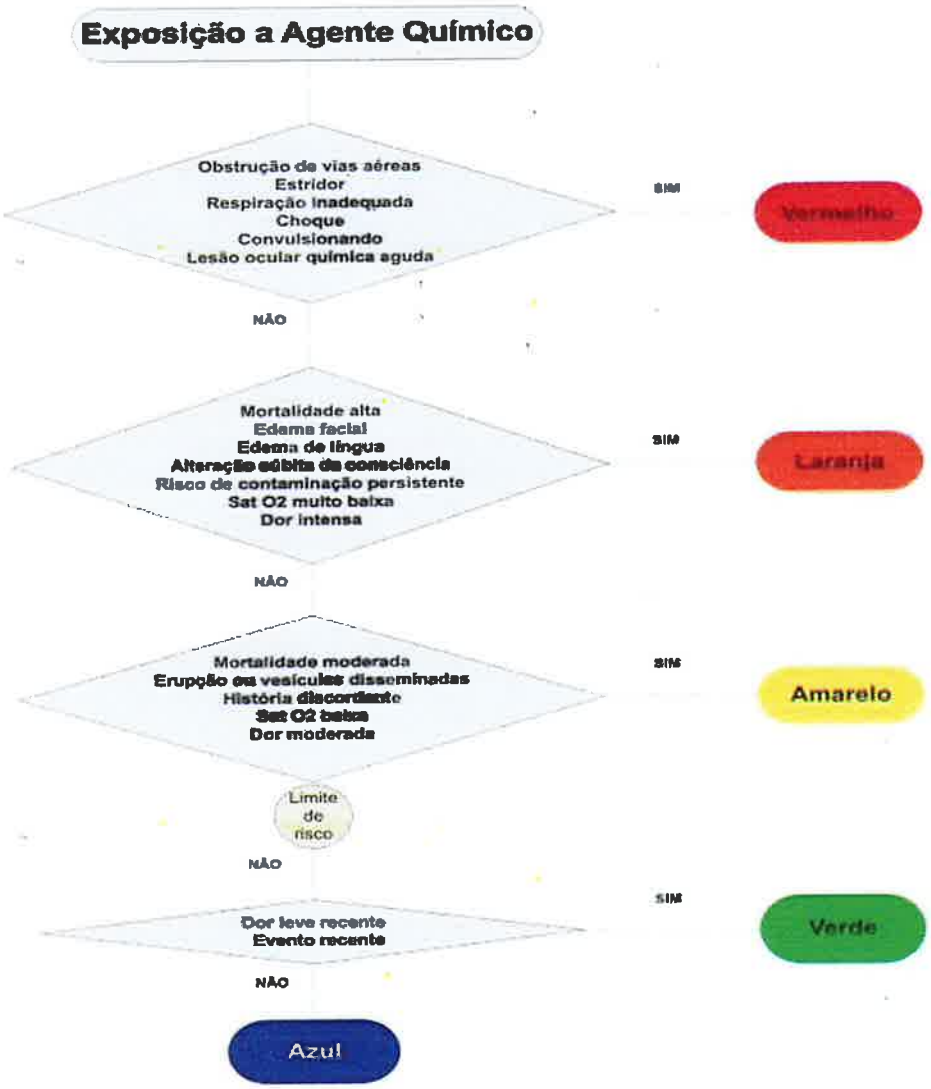



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Erupção Cutânea | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Mal Estar em Criança, Mal Estar em Adulto, Alergia, Mordeduras e Picadas** | Uma erupção cutânea pode significar tanto doença grave como meningococcemia como ser sinal de doenças crônicas como psoríase. Foram usados discriminadores gerais para risco de vida e temperatura. Vários discriminadores específicos estão nas categorias LARANJA e AMARELA para assegurar que eventos mais graves sejam adequadamente classificados (em especial púrpura e anafilaxias como LARANJA). |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Edema de língua | Inchaço de língua de qualquer intensidade. |
| Edema facial | Inchaço difuso na face geralmente envolvendo os lábios. |
| Erupção cutânea fixa | Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo. |
| Erupção ou vesículas disseminadas | Qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal. |
| Estridor | Ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta. |
| História alérgica importante | Sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão, picada de abelha). |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Púrpura | Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

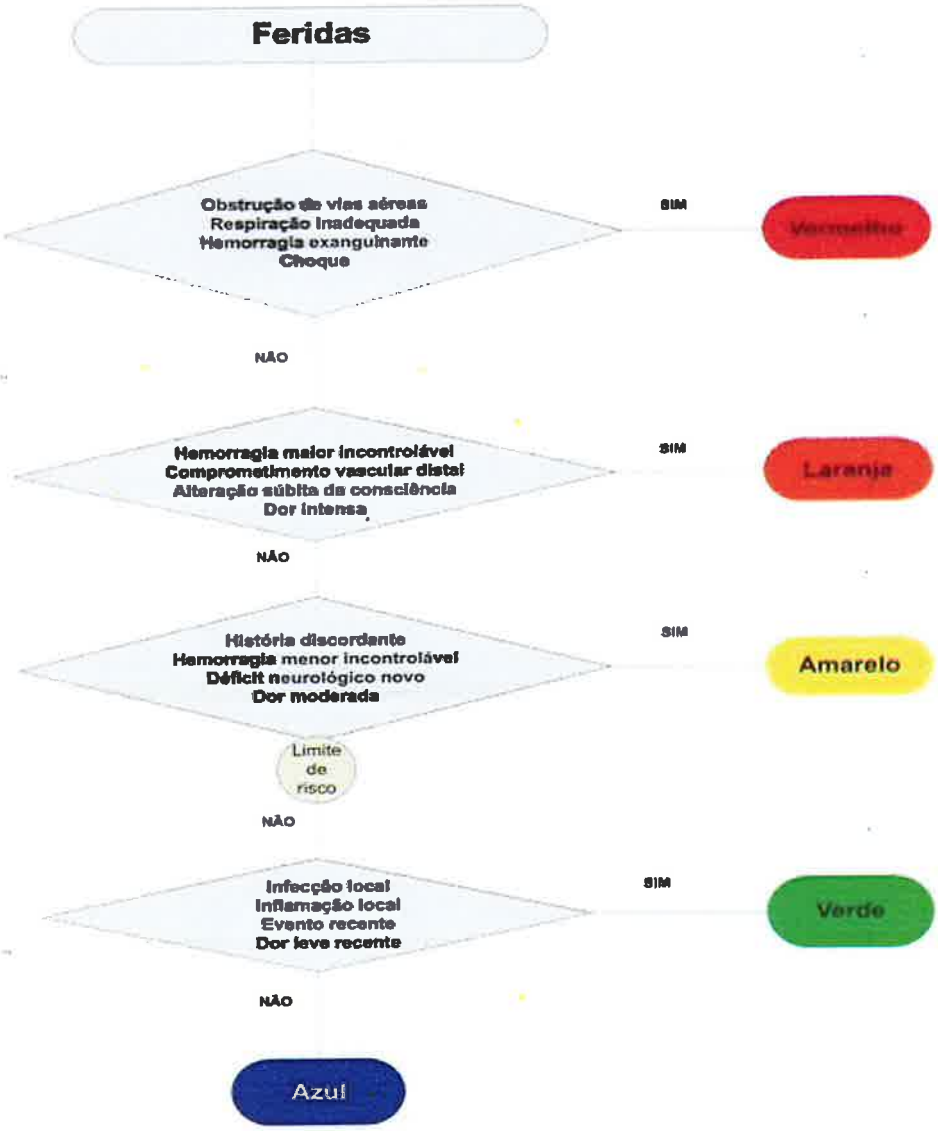



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Exposição a Agente Químico | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Dispnéia em Adulto, Dispnéia em criança, *Overdose* e envenenamento** | Apesar de não ser uma situação comum, ela é eventualmente grave. Os sinais e sintomas não necessariamente se encaixam em outro grupo. Vários discriminadores gerais foram usados para risco de vida, estado de consciência, dor e saturação de oxigênio. Foram incluídos discriminadores específicos como dispnéia e, especialmente, lesão ocular química (vermelho) e risco de contaminação persistente (laranja). |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Edema de língua | Inchaço de língua de qualquer intensidade. |
| Edema facial | Inchaço difuso na face geralmente envolvendo os lábios. |
| Estridor | Ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta. |
| Erupção ou vesículas disseminadas | Qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Lesão ocular química aguda | Qualquer substância que respinga ou cai nos olhos nas últimas 24 horas e causa dor, queimação, redução da visão ou qualquer outro sintoma. |
| Mortalidade alta | Letalidade é o potencial de uma substância ingerida causar dano. Alta probabilidade da substância a qual a vítima foi exposta causar doença grave ou morte. Interconsulta com um Centro de Intoxicações pode ser necessária para se estabelecer o risco de lesão ou morte. Na dúvida, considere alto o risco. |
| Mortalidade moderada | Letalidade é o potencial de uma substância causar doença grave ou morte. Moderada probabilidade da substância a qual a vítima foi exposta causar doença grave ou morte. Interconsulta com um Centro de Intoxicações pode ser necessária para se estabelecer o nível de risco do paciente. |
| Risco de contaminação persistente | Se a exposição química continuar (por descontaminação inadequada). Risco de contaminação dos trabalhadores de saúde não deve ser esquecido. |
| Sat $O_2$ baixa | Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente. |
| **Sat $O_2$ muito baixa** | Saturação de oxigênio < 95% em terapia com $O_2$ ou < 90% em ar ambiente. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

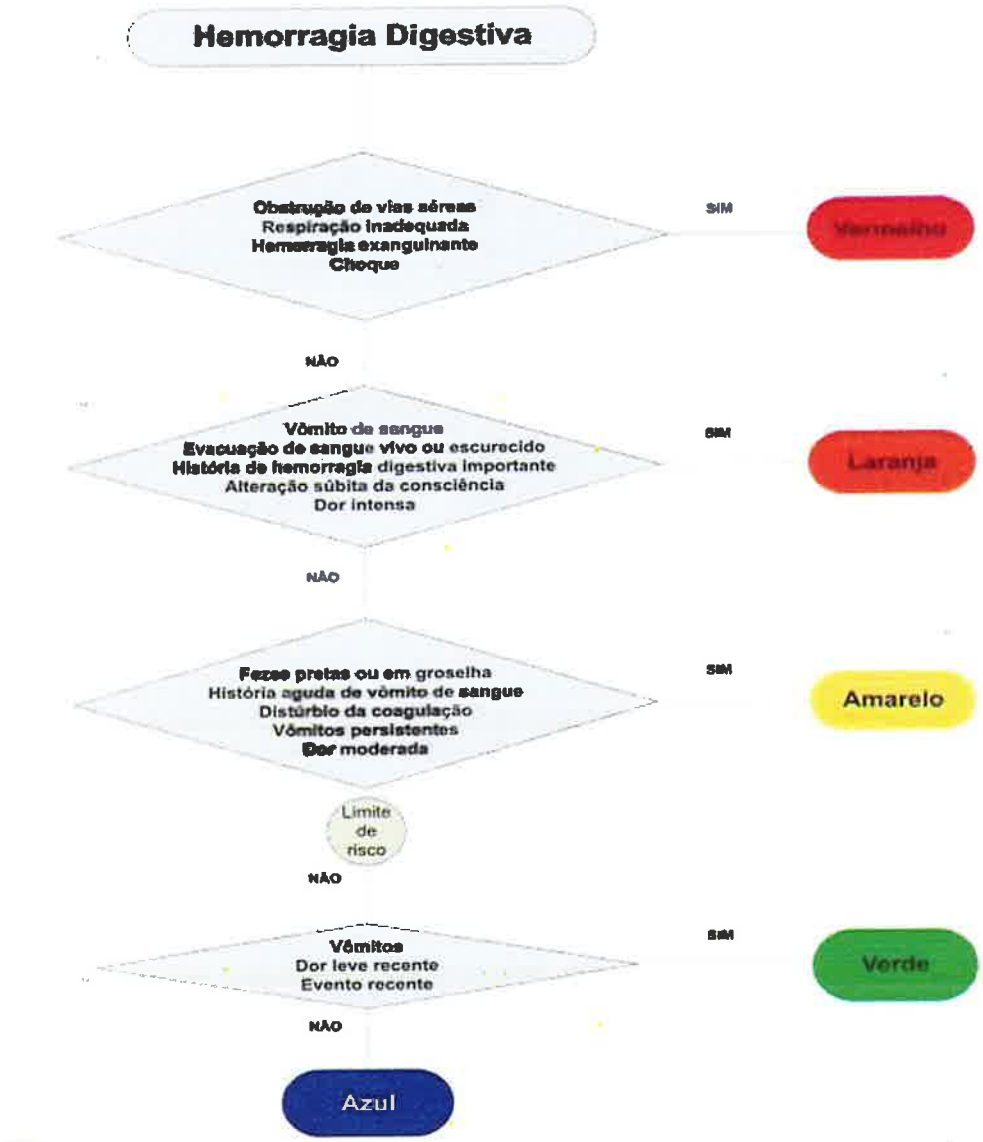



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Feridas | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| Agressão | Muitos pacientes são avaliados nos serviços de urgência por diferentes tipos de feridas desde grandes lacerações com risco de vida até pequenas escoriações. Este fluxograma foi desenhado para permitir priorização destes casos. São usados discriminadores gerais para risco de vida, hemorragia e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para permitir priorização daqueles com sinais ou sintomas sugerindo risco de perda de função. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Comprometimento vascular distal | Haverá associação de palidez, esfriamento, alteração de sensibilidade e/ou dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão. |
| **História discordante** | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Infecção local | Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus. |
| Inflamação local | Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |

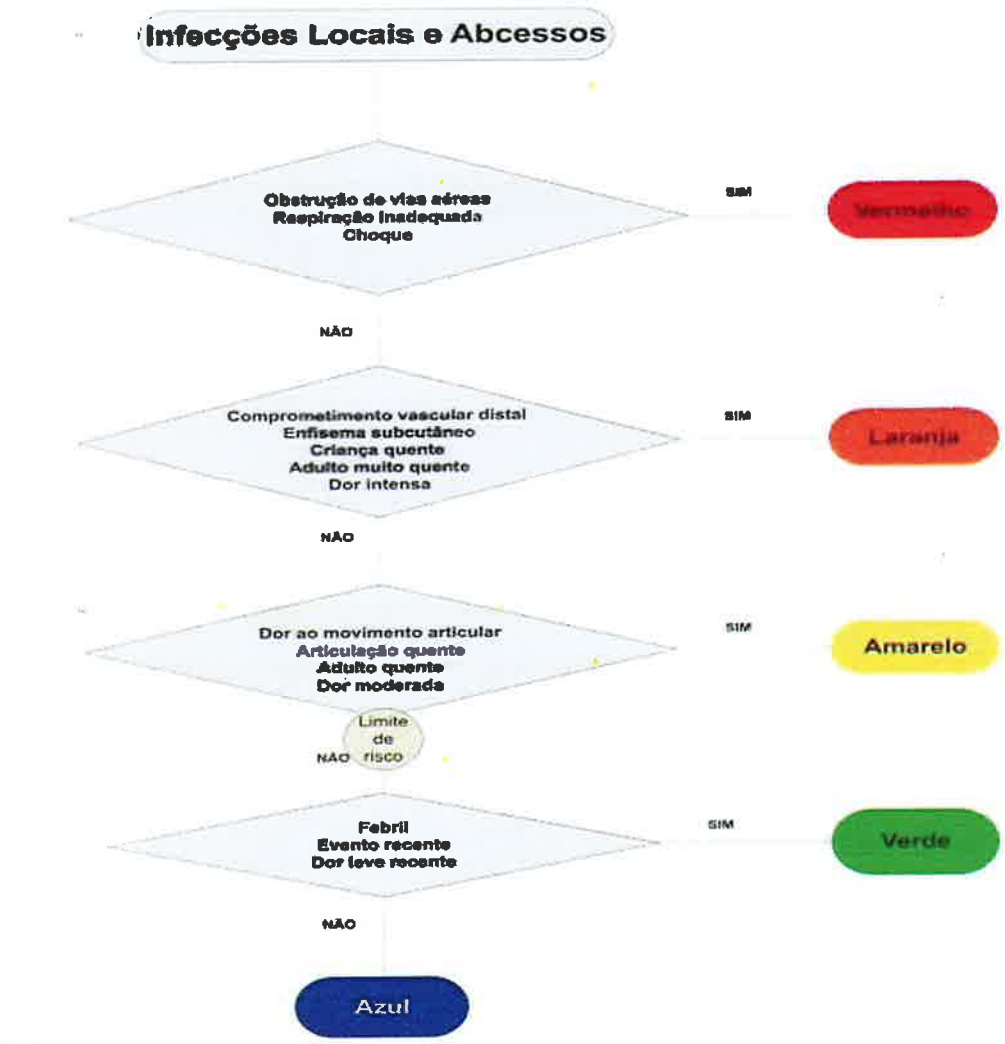
Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Hemorragia Digestiva | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Diarréia e/ou Vômitos, Dor Abdominal em Adultos, Dor Abdominal em Crianças** | Pacientes podem apresentar sangramento digestivo tanto vomitando sangue vivo ou alterado quanto evacuando sangue. Os discriminadores gerais incluem risco de vida e dor; os específicos avaliam a gravidade do sangramento naquele momento. Assim, pacientes vomitando sangue ou evacuando sangue vivo estarão em prioridade maior que aqueles com história de vômito. |
| | |
| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
| Distúrbio de coagulação | Distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica . |
| Evacuação de sangue vivo ou escurecido | No sangramento gastrintestinal maciço haverá evacuação de sangue vermelho escuro. Quando o trânsito GI aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena. |
| História aguda de vômito de sangue | Hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas. |
| História de hemorragia digestiva importante | Qualquer passado de sangramento gastrintestinal maciço ou associado à varizes esofageanas. |
| Fezes em groselha | Fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico. |
| Fezes pretas | Qualquer escurecimento preenche este critério. |
| Vômito de sangue | O sangue vomitado pode ser fresco (rutilante, ou escurecido) ou em borra de café. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

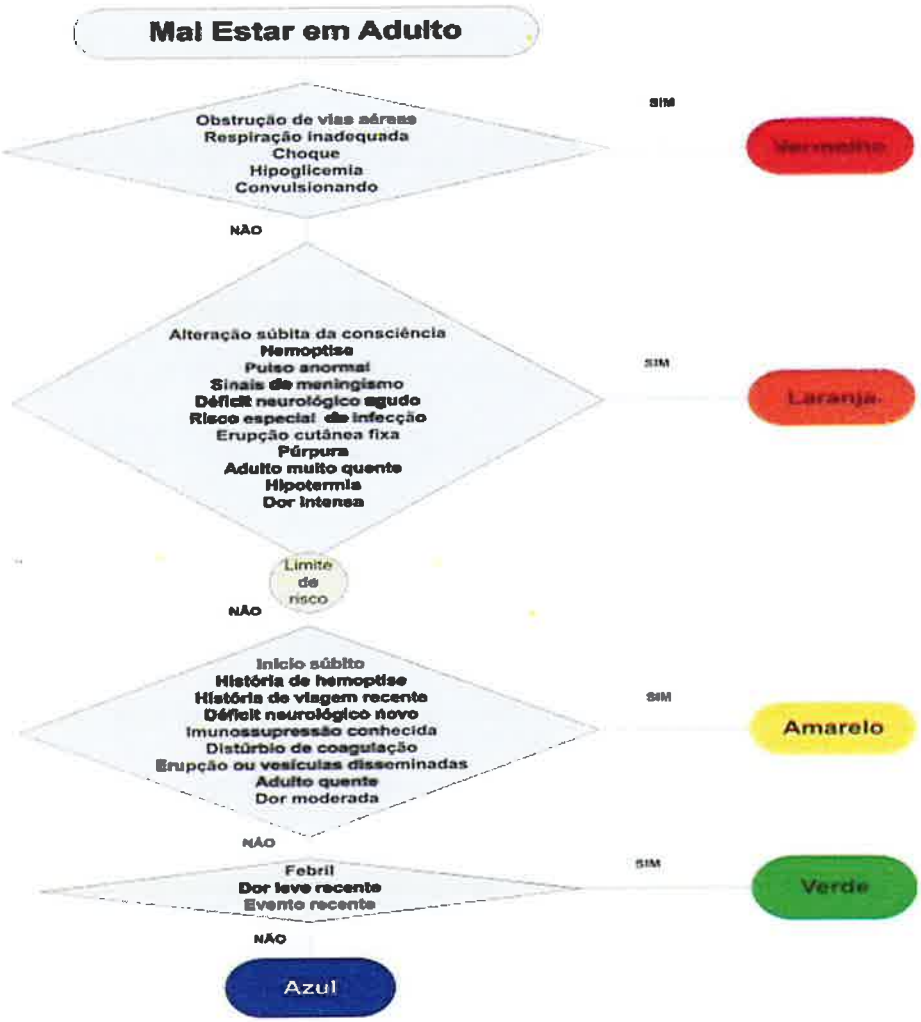



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Infecções Locais e Abcessos | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Mordeduras e Picadas** | Este é um fluxograma de apresentação específico para permitir priorização de pacientes que se apresentam com variedade óbvia de infecções locais e abscessos. Condições de base podem variar desde celulite orbitária ameaçadora da vida até manchas acneiformes. Vários discriminadores gerais são usados incluindo risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram incluídos para permitir a identificação de quadros mais urgentes como gangrena gasosa e artrite séptica. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Articulação **quente** | Qualquer aumento da temperatura em torno da articulação preenche este critério. Geralmente associa-se vermelhidão. |
| Comprometimento vascular distal | Haverá associação de palidez, esfriamento, alteração da sensibilidade e dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão. |
| Dor ao movimento articular | A dor pode ocorrer tanto na movimentação ativa (do paciente) como passiva (pelo examinador) da articulação. |
| Enfisema subcutâneo | Gás debaixo da pele pode ser detectado por uma sensação de crepitação ao toque. Pode haver bolhas de gás e linha de demarcação. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

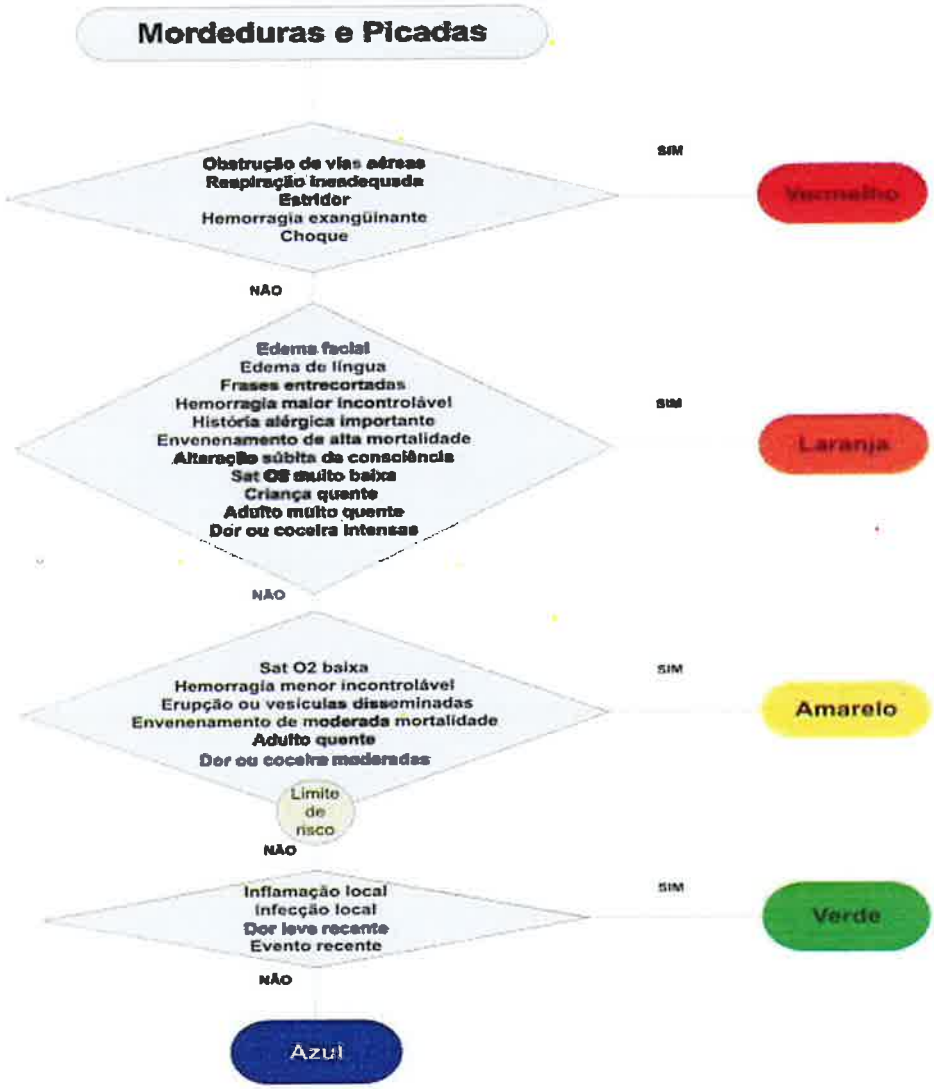



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Mal Estar em Adulto | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Desmaio no adulto** | Este é um fluxograma inespecífico. Deve ser usado para pacientes que não se sentem bem, sem queixa específica. Discriminadores gerais são usados para risco de vida, nível de consciência, dor e temperatura. Discriminadores específicos assegurarão que pacientes com, por exemplo, meningococcemia sejam colocados na prioridade adequada. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| **Déficit neurológico agudo** | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Distúrbio de coagulação | Distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica. |
| **Erupção cutânea fixa** | Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo. |
| Erupção ou vesículas disseminadas | Qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal. |
| Imunossupressão conhecida | Qualquer paciente em uso de drogas imunossupressoras (incluindo uso prolongado de corticóide) ou que seja HIV positivo. |
| Hemoptise | Sangue aerado emitido com o esforço da tosse |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| Hipotermia | Se a pele se apresenta fria, diz-se que o paciente está clinicamente hipotérmico. A temperatura deve ser aferida logo que possível. Temperatura < 35°C define hipotermia. |
| História de viagem recente | Viagem nas duas últimas semanas. |
| Início súbito | Início nas últimas 12 horas. |
| Púrpura | Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela. |
| Risco especial de infecção | Exposição conhecida a patógeno de alto risco em laboratório ou viagem para região de prevalência conhecida de doença infecciosa. |
| Sinais de meningismo | Classicamente rigidez de nuca associada a cefaléia e fotofobia. |

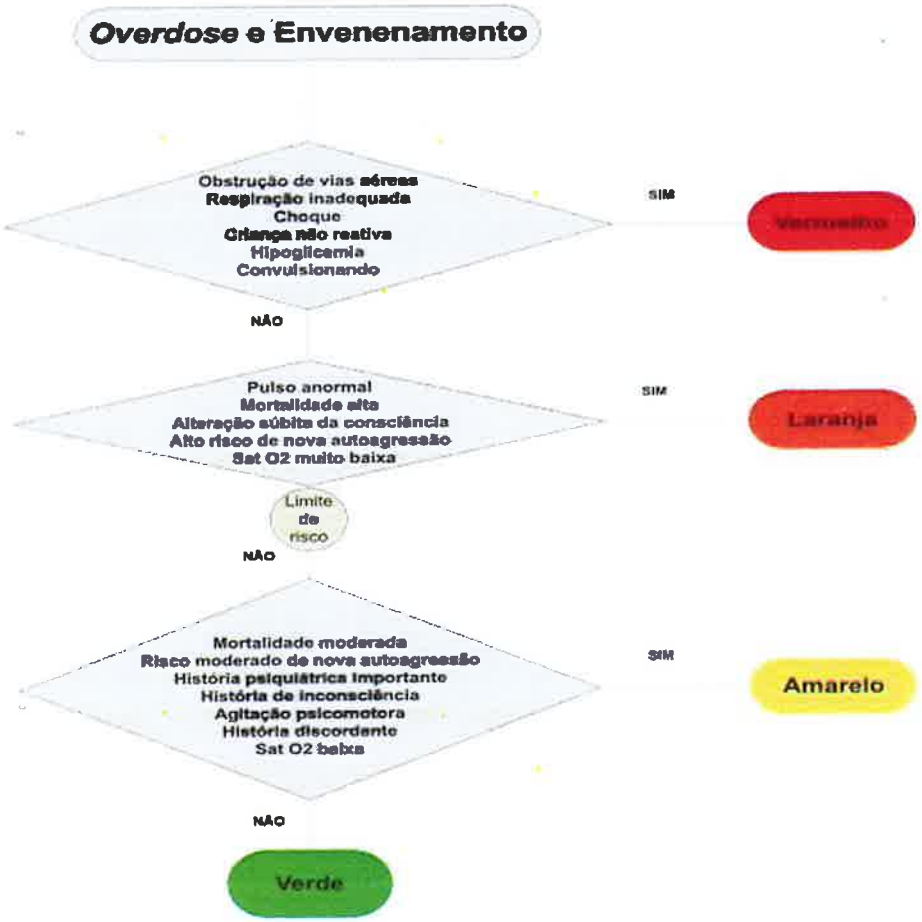
Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Mordeduras e Picadas | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Alergia, Abcessos e Infecções, locais** | Este fluxograma abrange desde picadas de insetos até mordeduras por grandes animais. Foram incluídos discriminadores gerais para risco de vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos permitem identificação de pacientes que precisam de atendimento mais urgente, quer por lacerações mais extensas quer por reações alérgicas. |
| | |
| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
| Edema de língua | Inchaço de língua de qualquer intensidade. |
| Edema facial | Inchaço difuso na face geralmente envolvendo os lábios. |
| Envenenamento de alta mortalidade | Alta potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o centro de toxicologia ou centro antivenenos pode ser necessária. Na dúvida, defina como alto o risco. |
| Envenenamento de moderada mortalidade | Moderada potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o centro toxicologia ou anti-venenos pode ser necessária. |
| Erupção ou vesículas disseminadas | Qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal. |
| Estridor | Ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta. |
| Frases entrecortadas | Doentes com dificuldade respiratória tão grande que não conseguem nem articular frases curtas numa só expiração. |
| História alérgica importante | Sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão, picada de abelha). |
| Infecção local | Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus. |
| Inflamação local | Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. |
| Sat $O_2$ baixa | Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente. |
| Sat $O_2$ muito baixa | Saturação de oxigênio < 95% em terapia com $O_2$ ou < 90% em ar ambiente. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

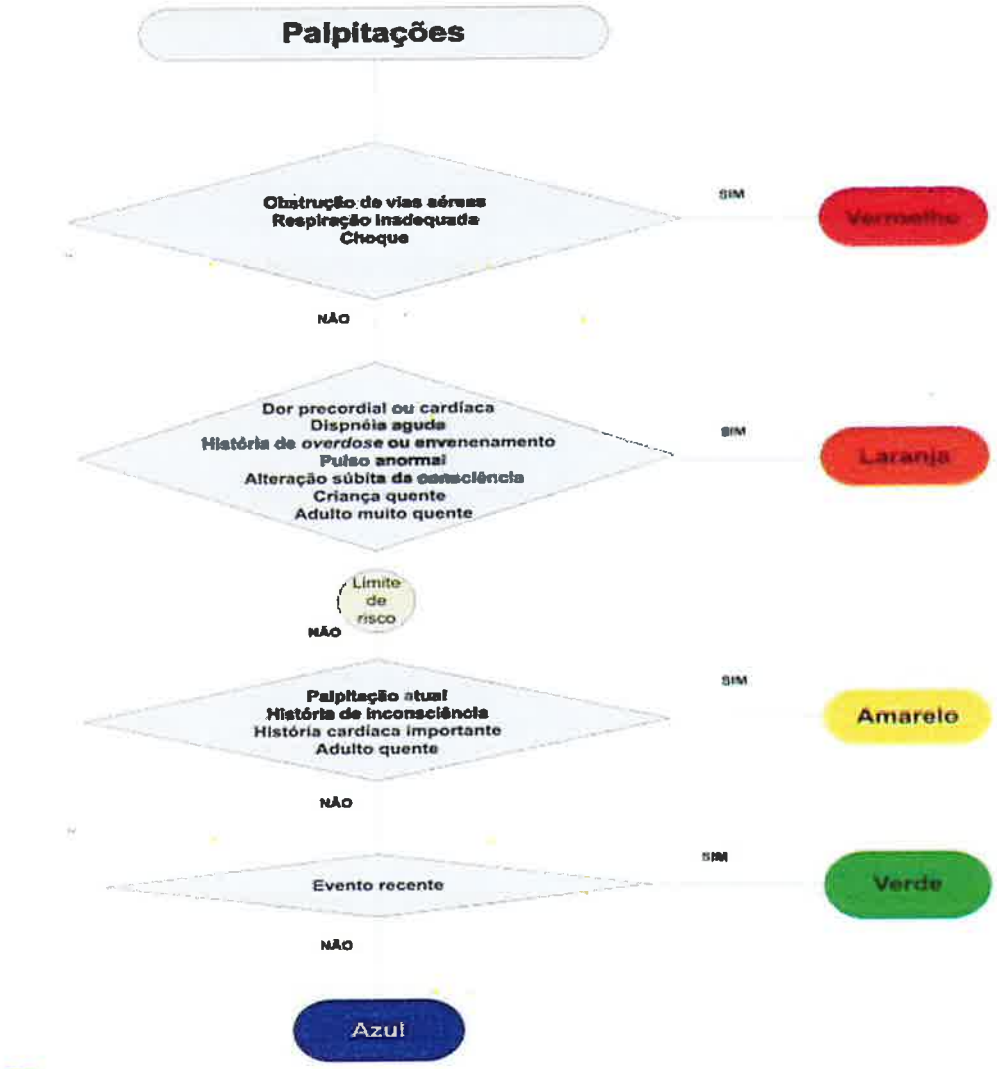



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: *Overdose* e envenenamento | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Autoagressão** | Este fluxograma foi desenhado para avaliar aspectos físicos e psiquiátricos a serem considerados em caso de *overdose*. Também permite priorizar pacientes que foram envenenados de forma acidental ou intencional. Discriminadores gerais avaliam risco de vida e estado de consciência em crianças e adultos. Discriminadores específicos incluem avaliação da letalidade da overdose e abordagem do risco de posterior tentativa de autoagressão |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Agitação psicomotora | Pacientes que estão físico e/ou emocionalmente muito perturbados. |
| Alto risco de (nova) autoagressão | Uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele que tem passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade é de alto risco. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| História psiquiátrica importante | História de evento ou doença psiquiátrica significativa. |
| Mortalidade alta | Letalidade é o potencial de uma substância ingerida causar dano. Alta probabilidade da substância a qual a vítima foi exposta causar doença grave ou morte. Interconsulta com um Centro de Intoxicações pode ser necessária para se estabelecer o risco de lesão ou morte. Na dúvida, considere alto o risco. |
| Mortalidade moderada | Letalidade é o potencial de uma substância causar doença grave ou morte. Moderada probabilidade da substância aqual a vítima foi exposta causar doença grave ou morte. Interconsulta com um Centro de Intoxicações pode ser necessária para se estabelecer o nível de risco do paciente. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |
| Risco moderado de (nova) autoagressão | Avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele sem passado importante de autoagressão, que não está ativamente tentando se machucar nem tentando ir embora para tal, mas manifesta desejo de se machucar está em risco moderado. |
| Sat $O_2$ baixa | Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente. |
| Sat $O_2$ muito baixa | Saturação de oxigênio < 95% em terapia com $O_2$ ou < 90% em ar ambiente. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

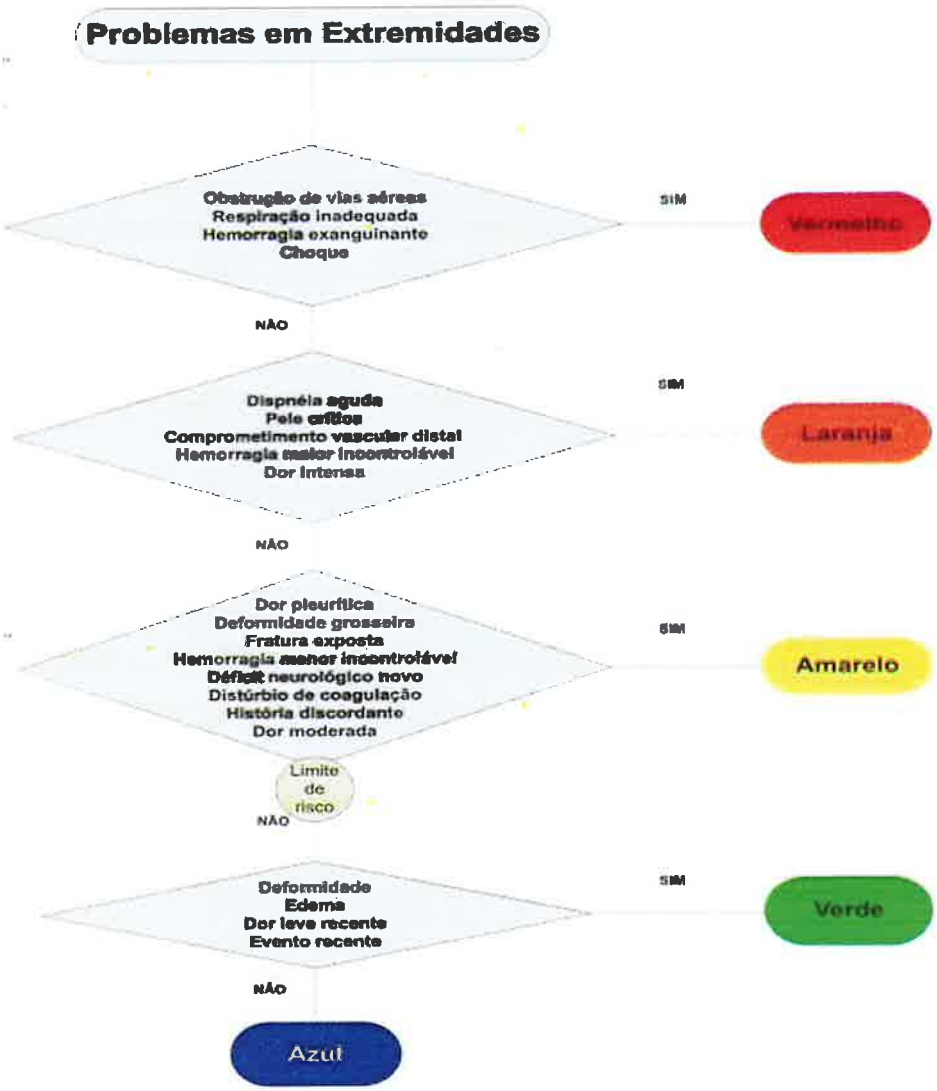



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Palpitações | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Dor Torácica, Mal Estar em Adulto, Desmaio em Adulto** | Este fluxograma foi criado para pacientes com queixa de palpitações. Existem várias etiologias de palpitações, que podem variar desde doença isquêmica do coração, cardiopatia, outras e até ansiedade. Independentemente da etiologia, é a repercussão hemodinâmica e a probabilidade de arritmia com risco de vida que determinam a prioridade clínica. Assim o fluxograma foi escrito para assegura que sinais e sintomas de insuficiência cardíaca estejam incluídos nas categorias vermelha e laranja, assim como dados recentes que sugiram um potencial problema significativo. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Alteração **súbita da consciência** | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Dor precordial **ou** cardíaca | Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e / ou dor epigástrica. |
| História cardíaca importante | Uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana). |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História de *overdose* ou envenenamento | Esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. |
| Palpitação atual | Sensação de coração acelerado que ainda está presente. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |

Figura 77 – Notas Fluxograma 38. Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

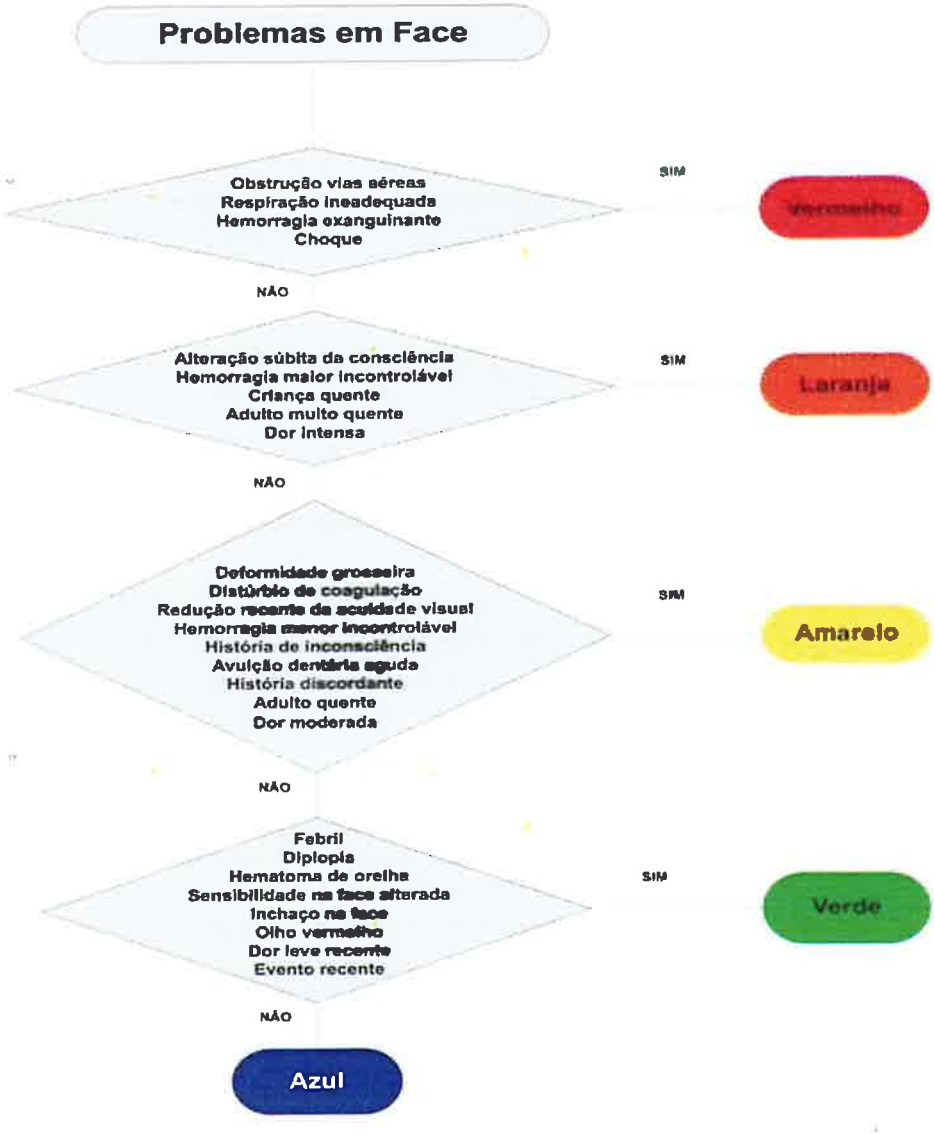



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Problemas em Extremidades | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Criança Mancando** | Lesões nos membros inferiores e superiores representam a demanda mais comum no serviço de urgência e apesar de raramente apresentarem risco de vida, podem causar morbidade considerável. Discriminadores gerais incluem risco de vida, hemorragia e dor. Discriminadores específicos asseguram que lesões com risco de perda do membro sejam vista e tratadas com urgência. São previstos discriminadores que avaliam sinais e sintomas de doenças tromboembólicas e suas complicações. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Comprometimento vascular distal | Haverá associação de palidez, esfriamento, alteração da sensibilidade e/ou dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h |
| Deformidade | Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais. |
| Deformidade grosseira | Isto é sempre subjetivo. Angulação ou rotação grosseira ou anormal é inferida. |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Distúrbio de coagulação | Distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica. |
| Dor pleurítica | Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro. |
| Edema | Inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho. |
| Fratura exposta | Qualquer ferida ao redor da fratura deve ser considerada suspeita. Se houver alguma possibilidade de comunicação entre a ferida e a fratura, esta deve ser considerada exposta. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Pele crítica | Uma fratura ou deslocamento pode deixar fragmentos ou ponta de osso pressionando a pele de tal forma que pode ameaçar sua viabilidade. A pele estará pálida, sob tensão, em risco. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

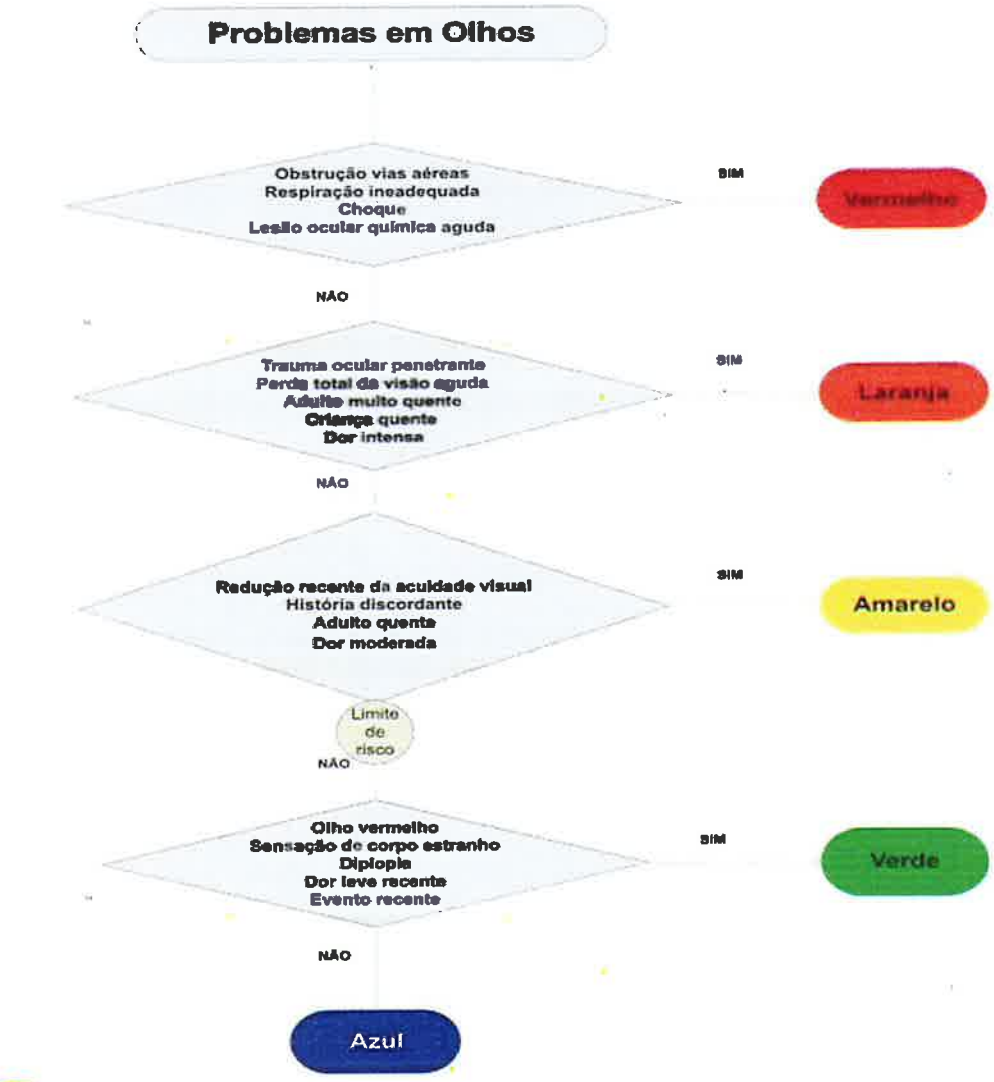



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Problemas em Face | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Problemas Dentários, Problemas em Ouvidos, Problemas em Olhos, Trauma Craniano** | Este fluxograma foi criado para garantir a prioridade adequada a pacientes com problemas afetando a face. Discriminadores gerais incluem risco de vida, hemorragia e dor. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Avulsão dentária aguda | Avulsão de um dente inteiro nas últimas 24h. |
| **Deformidade grosseira** | Isto é sempre subjetivo. Angulação ou rotação grosseira ou anormal é inferida. |
| Diplopia | Visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado. |
| Distúrbio de coagulação | Distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica. |
| Hematoma de orelha | Hematoma tenso (geralmente pós-traumático) na orelha. |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Inchaço na face | Inchaço na face que pode ser localizado ou difuso. |
| **Olho** vermelho | Qualquer **vermelhidão** do olho. Pode ou não haver dor e esta ser difusa ou parcial. |
| Redução recente da acuidade visual | Qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos sete dias. |
| Sensibilidade na face alterada | Qualquer alteração de sensibilidade na face. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco



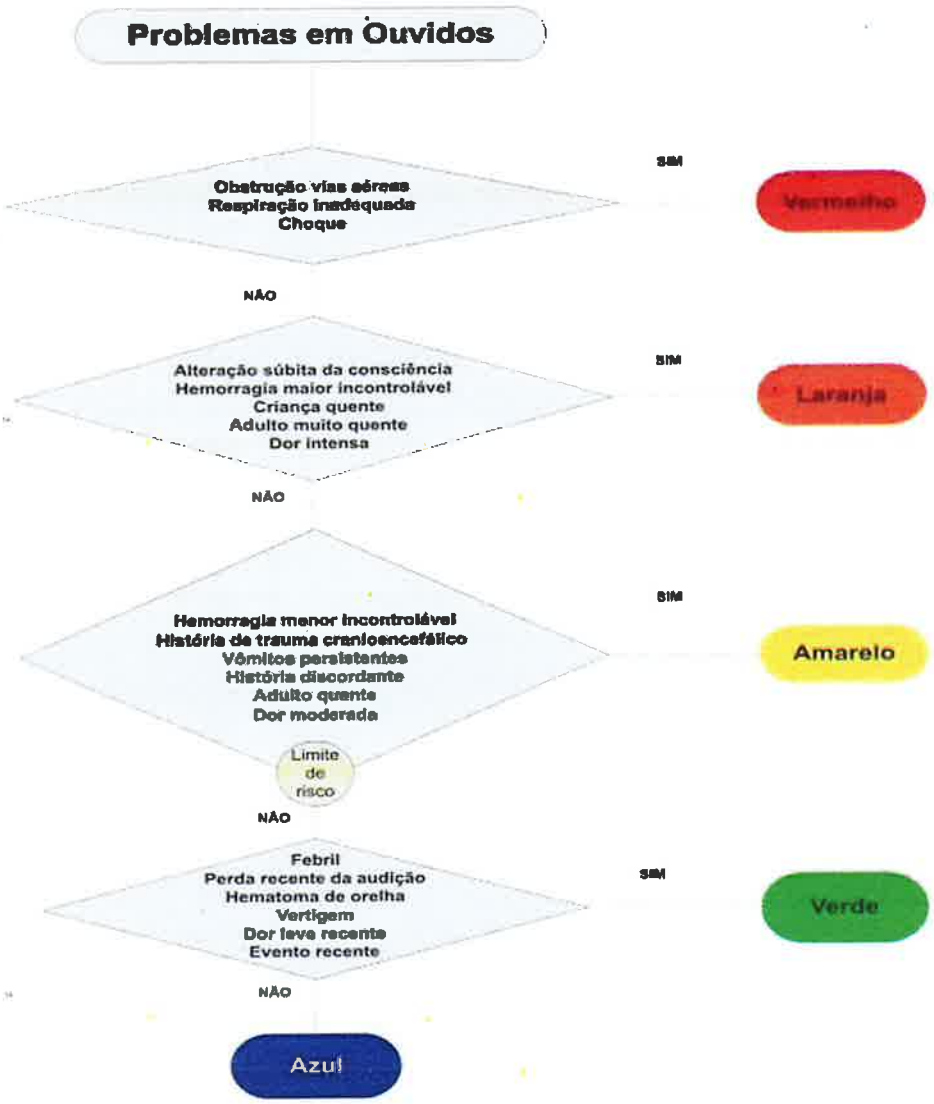

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

**Notas: Problemas em olhos**

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| **Problemas em Face** | Dor usualmente é usada como discriminador geral. Discriminadores específicos incluem história de lesão química que indique a necessidade de intervenção imediata. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Diplopia | Visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Lesão ocular química aguda | Qualquer substância que respinga ou cai nos olhos nas últimas 24 horas e causa dor, queimação, redução da visão ou qualquer outro sintoma. |
| Olho vermelho | Qualquer vermelhidão do olho. Pode ou não haver dor e esta ser difusa ou parcial. |
| Perda total da visão aguda | Perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24h e que não voltou ao normal. |
| Redução recente da acuidade visual | Qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos sete dias. |
| Sensação de corpo estranho | Sensação de alguma coisa no olho, geralmente expresso como raspando ou arranhando. |
| Trauma ocular penetrante | Evento traumático físico recente com perfuração do globo ocular. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco



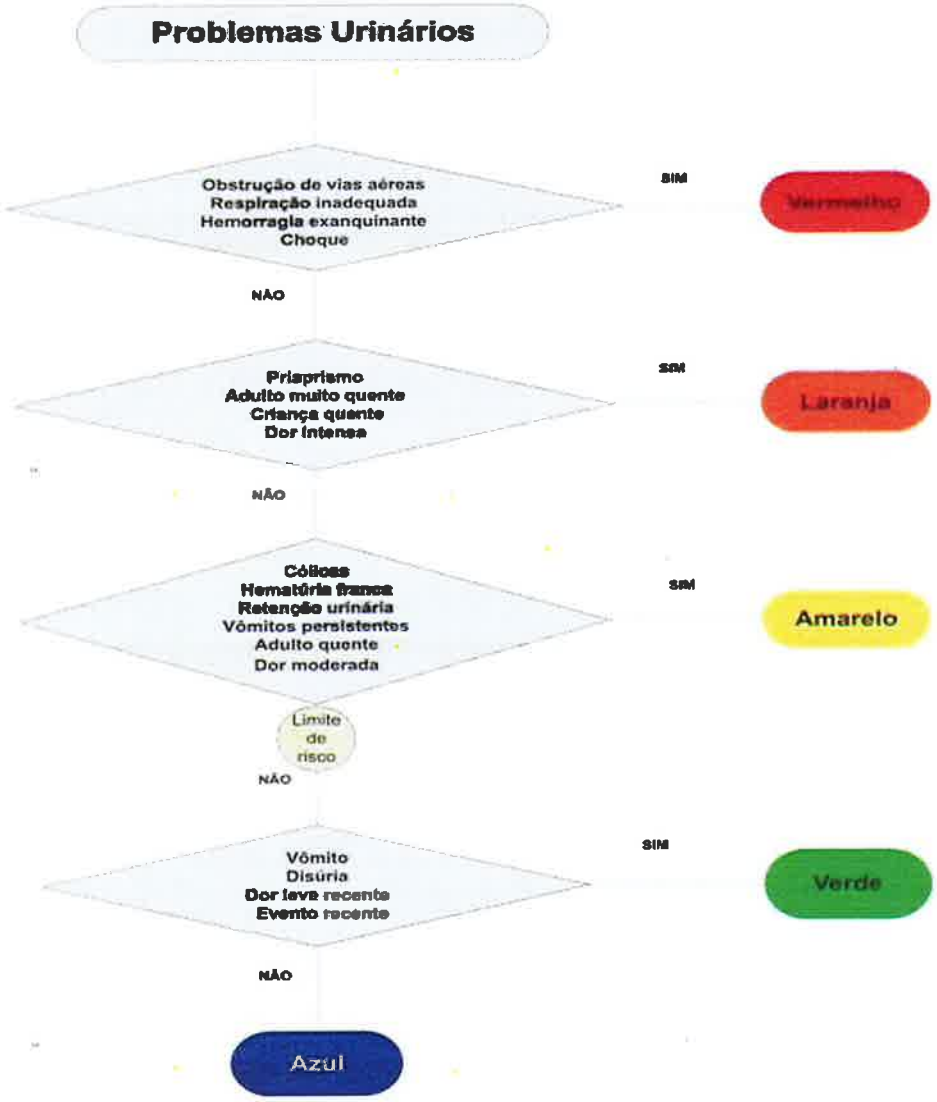

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Problemas em Ouvidos | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Problemas em Face, Trauma Craniano** | Este fluxograma permite a avaliação de pacientes com condições que afetam o ouvido. Discriminadores gerais incluem risco de vida, dor, hemorragia e temperatura. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Hematoma de orelha | Hematoma tenso (geralmente pós-traumático) na orelha. |
| História de trauma cranioencefálico | História de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente, a história deverá ser colhida de uma testemunha confiável. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Perda recente da audição | Perda da audição em um ou ambos ouvidos na última semana. |
| Vertigem | Uma sensação aguda de estar tonto ou rodando, podendo se associar náusea e vômito. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

0041298



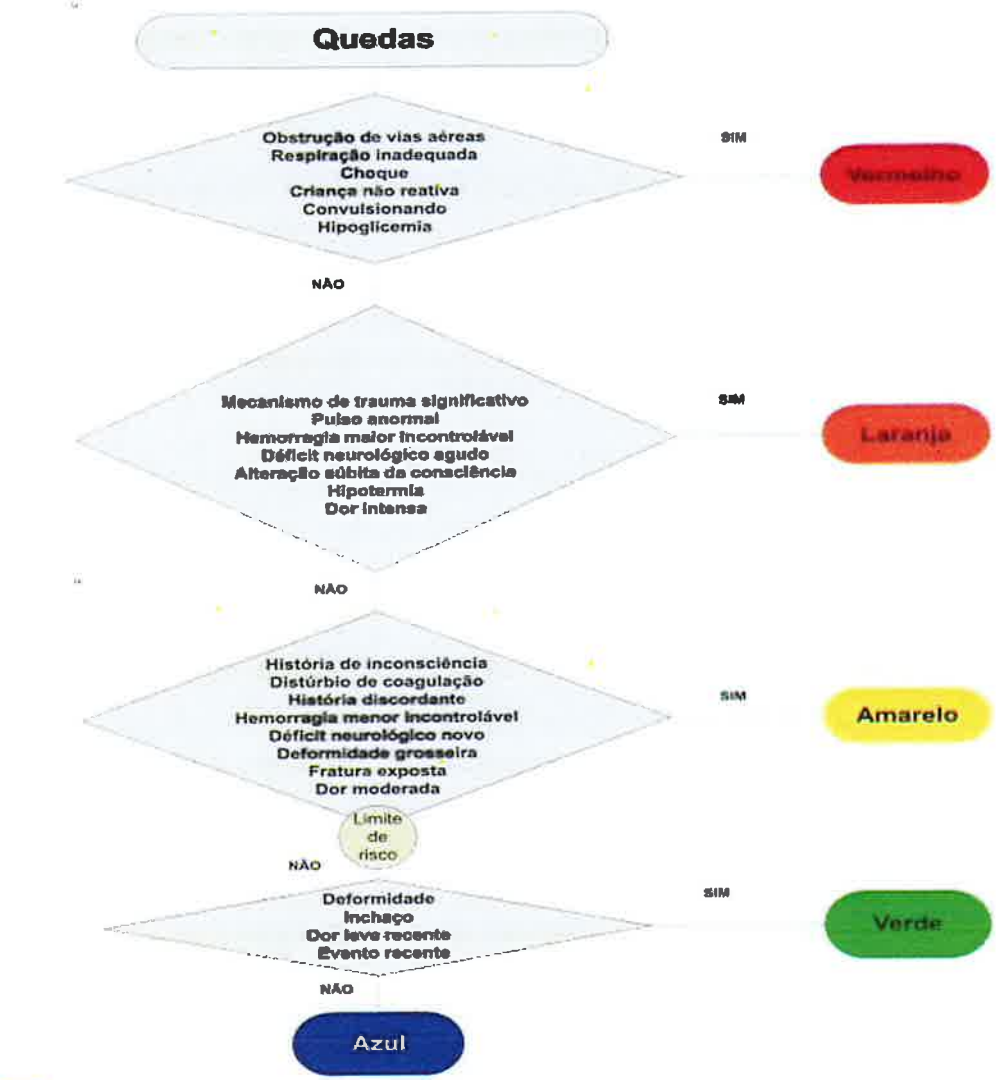

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Problemas Urinários | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Doenças Sexualmente Transmissíveis, Dor Testicular** | Muito dos pacientes que apresentem problemas urinários, além da dor podem ter doenças sérias relacionadas. Discriminadores gerais incluem risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar que pacientes que apresentem com retenção urinária e infecção sejam avaliados em categorias apropriadas |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Cólicas | Dores intermitentes. Por exemplo: cólica renal tende a melhorar e piorar cada 20 min. |
| Disúria | Dor ou dificuldade em urinar. A dor é tipicamente descrita como fincada ou queimação. |
| Hematúria franca | Coloração vermelha da urina por sangue. |
| Priaprismo | Ereção peniana sustentada. |
| Retenção urinária | Impossibilidade de eliminar urina pela uretra associada a bexigoma. É uma condição de muita dor exceto se houver alteração do sensório. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

007300



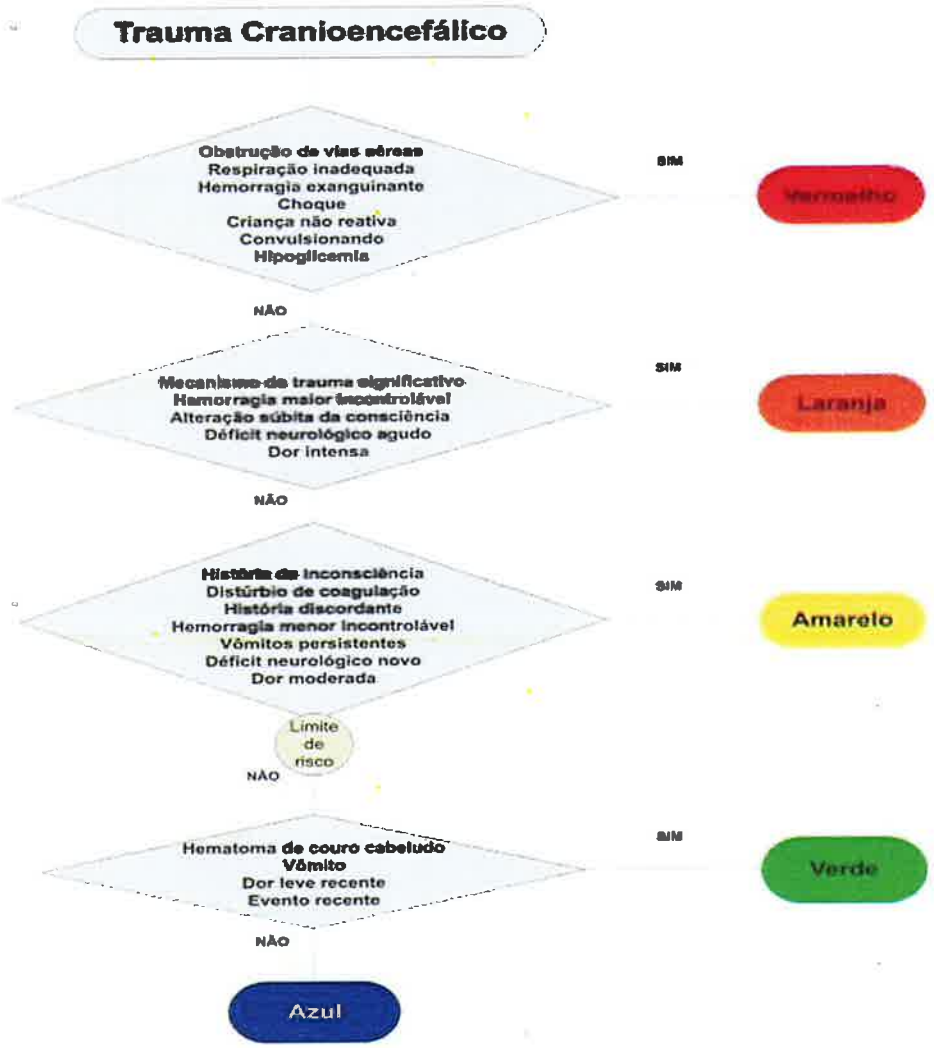

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| **Notas: Quedas** | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Desmaio no Adulto** | Muitos pacientes vítima de queda apresentam trauma associado, cuja a prioridade reflete a lesão sofrida. Alguns pacientes apresentam co-morbidade grave que possa ter sido a causa da queda e podem desenvolver complicações após o evento. Este fluxograma permite avaliar tanto o trauma, quanto a co-morbidade. Discriminadores gerais foram incluídos para assegurar que pacientes com co-morbidade grave ou trauma com risco de perda de membro sejam incluídos em prioridades mais elevadas. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Alteração súbita da consciência | Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Deformidade | Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais. |
| Deformidade grosseira | Isto é sempre subjetivo. Angulação ou rotação grosseira ou anormal é inferida. |
| Fratura exposta | Qualquer ferida ao redor da fratura deve ser considerada suspeita. Se houver alguma possibilidade de comunicação entre a ferida e a fratura, esta deve ser considerada exposta. |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Inchaço | Aumento anormal no tamanho. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |
| Pulso anormal | Bradicardia (<60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

0071302

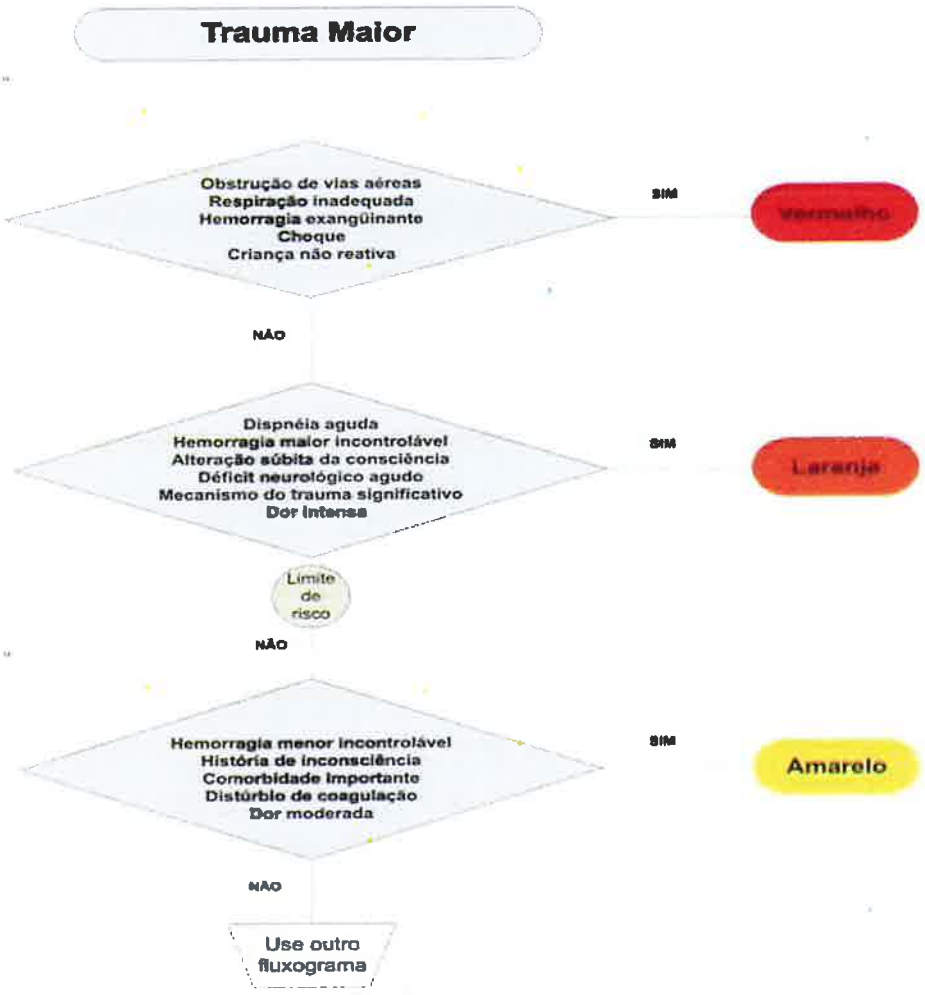



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Trauma Cranioencefálico | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Cefaléia, Dor Cervical, Convulsão** | Trauma cranioencefálico é uma apresentação muito comum nos serviços de urgência e pode variar desde hematoma extra dural com risco de vida, até cortes mínimos no couro cabeludo. Alguns discriminadores gerais foram usados para risco de vida, estado de consciência (adultos e crianças) hemorragia e dor. Discriminadores específicos foram selecionados para mecanismo significativo de trauma e desenvolvimento de novos sinais ou sintomas neurológicos em prioridade mais alta. |

| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
|---|---|
| Convulsionando | Pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Déficit neurológico novo | Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h. |
| Distúrbio de coagulação | Distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica. |
| Hematoma no couro cabeludo | Área do couro cabeludo contusa, machucada e elevada (contusão na testa, abaixo da linha do cabelo testa é dita frontal). |
| Hipoglicemia | Glicemia < 55mg/dL |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |
| Vômitos persistentes | Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco



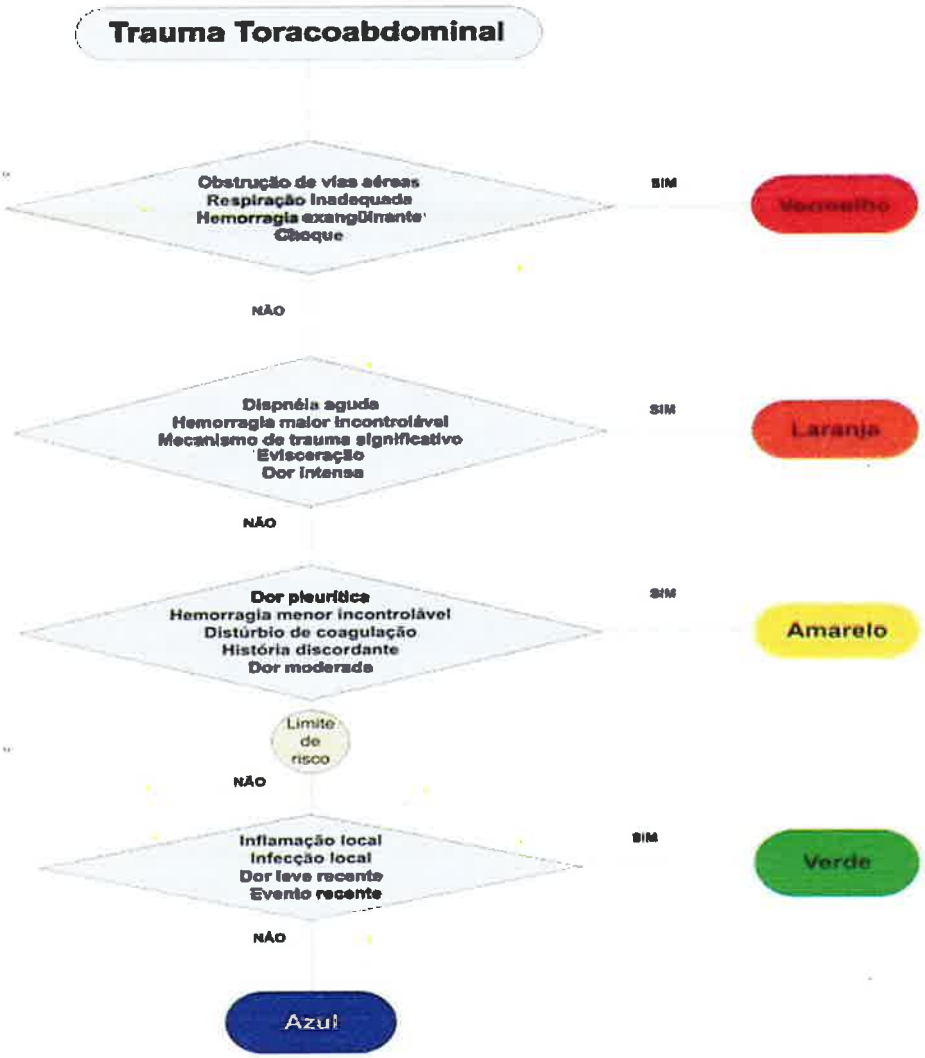

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

0071305

| Notas: Trauma Maior | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| | A maior parte dos profissionais sabe o significado de um trauma maior. Esta forma de apresentação não deve ser definida pelo paciente ou sua lesão, mas por uma análise do trauma como um todo pelo profissional de saúde. É impossível classificar, portanto, um paciente com apresentação de trauma maior em categoria menor que urgente (amarela). Se este fluxograma foi escolhido, mas a descrição inicial do paciente que sofreu o trauma tiver sido incorreto, então o paciente deverá ser classificado com o uso de outro fluxograma de apresentação. Alguns discriminadores gerais foram escolhidos para risco de vida, hemorragia, estado de consciência (adultos e crianças) e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar que pacientes com mecanismo significativo de trauma sejam alocados como muito urgentes e aqueles com comorbidades e com déficit neurológico novo sejam avaliados no tempo adequado. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Comorbidade importante | Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação contínua ou outros cuidados. |
| Déficit neurológico agudo | Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal. |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| História de inconsciência | Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |

. Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

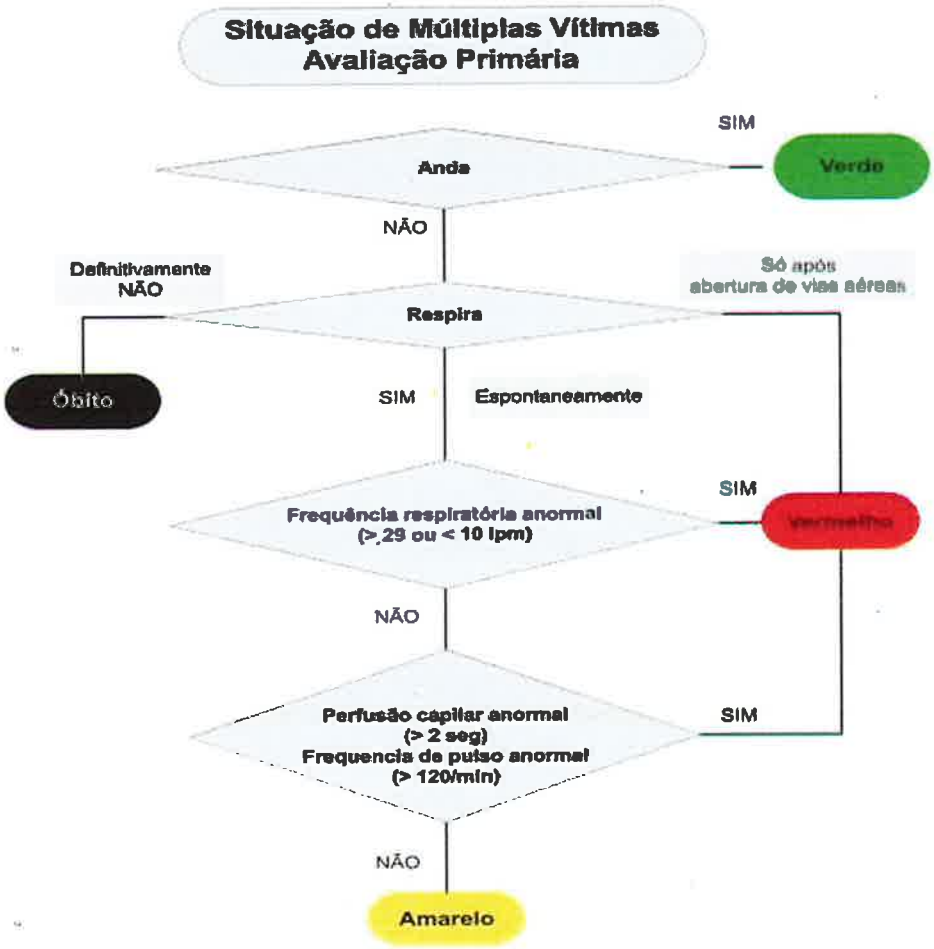



Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

| Notas: Trauma Toracoabdominal | |
|---|---|
| **Veja também** | **Notas do fluxograma** |
| **Trauma maior, Agressão, Feridas** | Este fluxograma foi criado para permitir o estabelecimento adequado da prioridade dos doentes que sofrem trauma no tórax e abdome. Discriminadores gerais incluem risco de vida, hemorragia e dor. Discriminadores específicos permitem a avaliação de pacientes que sofreram lesões internas menos óbvias, entretanto graves, incluindo dispnéia aguda e história de mecanismo significativo de trauma |
| | |
| **Discriminadores específicos** | **Explicação** |
| Dispnéia aguda | Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica |
| Dor pleurítica | Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro |
| Evisceração | Herniação ou franca exteriorização de órgãos internos. |
| História discordante | Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos. |
| Infecção local | Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus. |
| Inflamação local | implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. |
| Mecanismo de trauma significativo | Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

CCM308




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

0007309

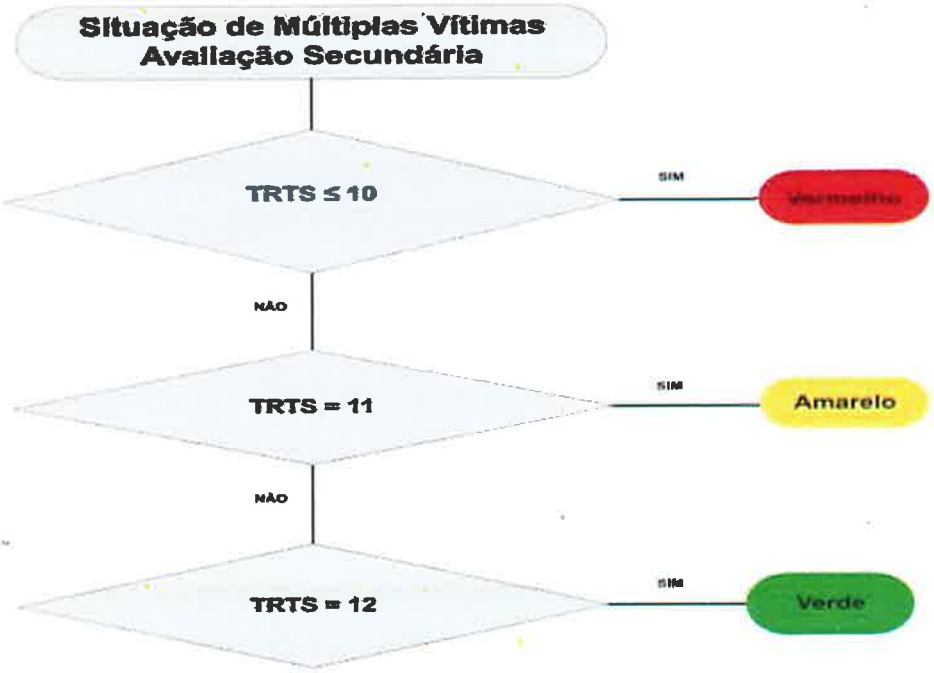
## Notas: Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária | Triagem frente a um acidente com múltiplas vítimas tem um objetivo completamente diferente da classificação de risco usual do dia a dia dos serviços de urgência. Para conseguir este objetivo (que é inicialmente salvar o maior número de pessoas possível e depois encaminhá-las ao melhor cuidado dentro dos recursos disponíveis), tem sido adotada uma abordagem diferente. Ao invés de selecionar antes os mais graves, nesta situação são separados os menos graves. Os discriminadores gerais e específicos são substituídos por outros mais simples que fazem uma divisão grosseira dos pacientes em três categorias.<br><br>Este fluxograma descreve a metodologia inicial de abordagem em acidentes de múltiplas vítimas. Ele foi desenhado para permitir o ordenamento do atendimento quando um grande número de pacientes chega ao mesmo tempo. Ele não seleciona os mais graves primeiro, mas separa os mais numerosos que andam (verdes) – o *ABC* está preservado: via aérea, ventilação, circulação. Depois subdivide os demais (que não andam) em mortos, vermelhos ou amarelos. Obviamente este método rápido não é totalmente seguro e outros métodos deverão ser usados assim que possível. Não mais que 15 segundos devem ser gastos com cada paciente. |

| Discriminadores específicos | Explicação |
|---|---|
| Anda | Em acidente envolvendo múltiplas vítimas, ao ser acionado o Plano de Catástrofe, qualquer paciente que possa caminhar, independentemente de seu ferimento, preenche este critério, sendo priorizado como padrão (verde). |
| Freqüência de pulso anormal | Se a perfusão capilar não puder ser medida em situações de múltiplas vítimas, a freqüência de pulso maior que 120 por minuto é priorizada como vermelha. |
| Freqüência respiratória | Em situações de múltiplas vítimas, considera-se freqüência respiratória anormal quando ela está muito alta (>29) ou muito baixa (<10). É priorizada como vermelha. |
| Respira após abertura de vias aéreas | Em situações de múltiplas vítimas, deve ser avaliada a presença de respiração após abertura da via aérea. A ausência de respiração por 10 segundos após manobra de abertura da via aérea implica em declaração de óbito (uma competência médica), a não ser que haja recurso para ressuscitação cardiopulmonar sem prejuízo ao atendimento de outras vítimas classificadas como vermelho. |
| Tempo de perfusão capilar anormal | Tempo de perfusão capilar é o tempo de preenchimento do leito ungueal após ser aplicada pressão por 5 segundos. O valor normal é menor que 2 seg, mas este sinal é pouco útil em caso de hipotermia.Em situações de múltiplas vítimas, quando a perfusão capilar está prolongada (maior que 2 segundos), o paciente é priorizado como vermelho. |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

0079310




Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Corporation, 2003 - 2010
For Evaluation Only.

## Notas: Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária

| Veja também | Notas do fluxograma |
|---|---|
| **Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária** | A metodologia de avaliação primária de acidente de múltiplas vítimas é usada para rapidamente separar um grande número de pacientes em três categorias simples.<br><br>A avaliação secundária é usada para reavaliar os pacientes. O Escore Revisado de Triagem do Trauma – ERTT (*Triage Revised Trauma Score –TRTS)* é uma abordagem fisiológica mais refinada para classificar grande número de casos. É baseado na pontuação de três parâmetros fisiológicos: estado de consciência, freqüência respiratória e pressão arterial sistólica.<br><br>Pelo *TRTS*, as prioridades são alocadas como se segue:<br>1-10 = Prioridade 1<br>11 = Prioridade 2<br>12 = Prioridade 3<br>(0 = Prioridade 4) |

| Discriminadores específicos | Explicação | |
|---|---|---|
| **ETTR *(TRTS)*** | **Escala de Triagem do Trauma Revisada** | **Pontos** |
| Freqüência Respiratória | 10 - 29 | 4 |
| | > 29 | 3 |
| | 6 - 9 | 2 |
| | 1 - 5 | 1 |
| | 0 | 0 |
| Pressão Arterial Sistólica | ≥ 90 | 4 |
| | 76 - 89 | 3 |
| | 50 - 75 | 2 |
| | 1 - 49 | 1 |
| | 0 | 0 |
| Escala de Coma de Glasgow | 13 - 15 | 4 |
| | 9 – 12 | 3 |
| | 6 – 8 | 2 |
| | 4 – 5 | 1 |
| | 3 | 0 |
| ***TRTS*** | A pontuação do *TRTS* é feita considerando a freqüência respiratória (0-4), pressão arterial sistólica (0-4) e Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter pontuação final de 0 a 12. | |

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

0079312

invisa
instituto
vida e saúde

# ANEXO III

# MANUAL DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONFORME REMUME

# PLANO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

# | 1. INTRODUÇÃO GERAL |

A padronização de medicamentos consiste em elencar uma lista de medicamentos de acordo com perfil de atendimento clínico da Unidade de pronto atendimento - UPA, de forma a garantir uma terapêutica eficiente e de menor custo possível. A lista de medicamentos padronizados passa por uma atualização contínua e é definida pela Comissão de Padronização composta por uma equipe multiprofissional, que por sua vez, conta com o apoio e assessoria da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CF&T).

## 1.1 Objetivos da padronização de medicamentos

- Otimizar o atendimento ao paciente através da seleção racional de medicamentos;
- Aumentar a qualidade da farmacoterapia;
- Propiciar maior facilidade de vigilância farmacológica;
- Garantir a segurança na prescrição e administração do medicamento, reduzindo a incidência de reações adversas;
- Disciplinar o receituário e a uniformidade da terapêutica, para o estabelecimento de protocolos criteriosos;
- Reduzir o custo da terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento;
- Reduzir os custos com estoques de medicamentos que apresentem o mesmo fim terapêutico;
- Favorecer o uso exclusivo do medicamento que tenha valor terapêutico comprovado;
- Reduzir os índices de erros de medicamentos com a redução no número de fórmulas e formas farmacêuticas;
- Reduzir o custo da aquisição de medicamentos;
- Reduzir o custo de manutenção do estoque.

## 1.2. Inclusão na padronização de medicamentos

Quando houver necessidade de padronizar um novo medicamento deve ser realizado o preenchimento do "Formulário de solicitação de inclusão e exclusão na padronização" (, onde o solicitante deverá expor os motivos pelos quais está encaminhando esta solicitação. Além disso, devem estar anexadas ao formulário as referências bibliográficas de origem reconhecida que mostrem eficácia e segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado) ou mostre vantagem terapêutica (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

O formulário preenchido deve ser entregue ao farmacêutico clínico da unidade para que este encaminhe à Comissão de Farmácia e Terapêutica para análise e posterior encaminhamento à Comissão de Padronização. Serão utilizados como critério para inclusão na padronização:

- Evitar multiplicidade de princípios ativos destinados ao mesmo fim (a inclusão de um medicamento deverá estar sempre atrelada à possibilidade de exclusão de um representante da classe, anteriormente padronizado);
- Evitar, sempre que possível, as associações medicamentosas, priorizando medicamentos com um único princípio ativo, em que o médico possa associar os medicamentos considerados necessários nas doses convenientes para cada caso. A padronização de associações de fármacos só se justifica quando:
  - ✓ A documentação clínica justifica o uso concomitante de mais de um fármaco;
  - ✓ O efeito terapêutico da combinação é maior que a soma dos efeitos de cada um isoladamente;
  - ✓ O custo da combinação é menor que a soma dos custos dos diversos produtos em separado; ✓ Facilita a posologia para o paciente.
  - ✓ Evitar a padronização de forma farmacêutica de liberação prolongada, com exceção dos casos em que haja vantagens terapêuticas comprovadas;
  - ✓ Resguardando-se a qualidade, padronizar os medicamentos, levando-se em consideração o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação e controle;
  - ✓ Padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens considerando: comodidade de administração aos pacientes; faixa etária; facilidade para cálculo de dose a ser administrada; facilidade para fracionamento ou multiplicação das doses.

**1.3. Exclusão na padronização de medicamentos**

Quando houver necessidade de excluir um medicamento da lista de padronização deve ser realizado o preenchimento do "Formulário de solicitação de inclusão e exclusão na padronização" , serão excluídos os medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgão competente, medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco ou medicamentos que o consumo, em período considerado não justifique a padronização.

**1.4. Uso de medicamentos trazidos pelo paciente**

Em situações excepcionais o paciente pode fazer uso de medicamentos não adquiridos pela UPA, são elas:

- Medicamentos não padronizados que o paciente recebe gratuitamente em outros estabelecimentos de saúde;
- Medicamentos não padronizados de uso contínuo com prescrição prévia ao internamento;
- Quando o paciente recusar, por qualquer motivo, utilizar o medicamento adquirido pelo hospital e demonstrar preferência pela utilização da marca que utilizava em casa.

Nesses casos, o farmacêutico deve avaliar o medicamento quanto às suas condições de uso. O paciente ou responsável deverá assinar o "Termo de responsabilidade de medicamento próprio" que será anexado ao prontuário do paciente. Esses medicamentos serão entregues à Farmácia Central e após o fracionamento, retornarão à farmácia satélite onde devem ser guardados na gaveta do paciente.

Quando este tiver alta, receberá de volta todo o medicamento que ficou na gaveta.

### 1.5. Solicitação de compra de medicamento não padronizado

As solicitações de compra de medicamentos não padronizados devem ser feitas por escrito através de preenchimento de formulário específico contendo as seguintes informações:

- **Identificação do paciente:** nome, data de nascimento, leito e prontuário;
- **Identificação do medicamento:** nome, concentração, forma farmacêutica, posologia/quantidade (quantidade a ser comprada para o tratamento completo do paciente. Quando não for possível ter certeza do quantitativo deve-se fazer uma estimativa da quantidade a ser usada).
- **Justificativa da solicitação de compra do não padronizado:** O diagnóstico não será aceito como justificativa quando houver outro medicamento padronizado disponível. A justificativa objetiva esclarecer por qual motivo não pode ser usado o medicamento padronizado;
- **Autorização da Direção Geral ou da Direção de Processos Assistenciais.**

Para medicamentos sujeitos a controle especial pela legislação vigente (Portaria 344/98 para psicofármacos e RDC 20/2011 para antibióticos) as solicitações de compra sofrem algumas modificações, são elas:

- Deve ser feita uma solicitação de compra com todos os critérios citados acima em formulário próprio, além do receituário necessário para a compra do procuto;

**ATENÇÃO:** O Diretor deve assinar a solicitação de compra e nunca a receita especial, pois duas assinaturas inviabilizam a aquisição do medicamento em farmácia comercial;

- As receitas especiais devem estar completamente preenchidas conforme preconiza a legislação vigente.

Os **receituários comuns e especiais brancos** podem ser encontrados nas ilhas digitais das unidades clínicas, enquanto o **formulário azul** pode ser encontrado na farmácia satélite e o **formulário amarelo** deve ser solicitado à diretoria de processos assistenciais. Ao solicitar uma folha de receita azul o médico deve preencher todos os campos do canhoto que fica no talonário.

## RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS CLASSIFICADOS POR AÇÃO FARMACOLÓGICA- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

### AGENTE UTEROTÔNICO
**Metilergometrina maleato 0,2 mg/ml – sol.injetável**

### AMINA VASOATIVA
**Dobutamina 12,5mg/mL ampola 20mL – sol.injetável**
**Dopamina 5mg/mL ampola 10mL – sol.injetável**
**Epinefrina 1mg/mL ampola 1mL – sol.injetável**
**Etilefrina 10mg/mL ampola 1mL – sol.injetável**
**Norepinefrina Hemitartarato 2mg/mL ampola 4mL – sol.injetável**

### AMINOGLICOSÍDEO
**Amicacina 50mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**

### ANALGÉSICO NARCÓTICO
**Fentanila 0,05mg/mL frasco-ampola 10mL – sol.injetável**
**Morfina 10mg/mL ampola 1mL – sol.injetável**
**Tramadol 50mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**

### ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO HORMONAL
**Ácido acetilsalicílico 100mg -comprimido**
**Cetoprofeno 50mg/mL ampola 2mL – sol.injetável (IM )**
**Diclofenaco sódico 25 mg/mL - 3mL(75mg) - AMP**
**Dipirona 500mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**
**Dipirona 500mg/mL frasco-gotas 20mL – sol.oral**
**Paracetamol 200mg/mL frasco-gotas 20mL – sol.oral**
**Paracetamol 750mg – comprimido**

### ANESTÉSICO LOCAL
**Lidocaína 20mg/g (2%) bisnaga 30g – geléia**
**Lidocaína 20mg/mL (2%) com vasoconstrictor frasco-ampola 20mL – sol.injetável**
**Lidocaína 20mg/mL (2%) sem vasoconstrictor frasco-ampola 20mL – sol.injetável**

### ANESTÉSICO VENOSO NÃO OPIOIDE
**Diazepam 5mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**
**Etomidato 2mg/mL ampola 10mL – sol.injetável**
**Flumazenil 0,1mg/mL ampola 5mL – sol.injetável**
**Midazolam 5mg/mL ampola 3mL – sol.injetável**
**Midazolam 5mg/mL ampola 10mL – sol.injetável**

**ANSIOLÍTICO/HIPNÓTICO**
**Diazepam 5mg – comprimido**

**ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO**
**Ácido acetilsalicílico 100mg - comprimido**
**Clopidogrel 75mg – comprimido**

**ANTIALÉRGICO**
**Hidroxizina 2mg/mL frasco 120mL – sol.oral**
**Prometazina 25mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**

**ANTIANGINOSO**
**Anlodipino 10mg - comprimido**
**Dinitrato de Isossorbida 10mg – comprimido**
**Dinitrato de Isossorbida 5mg – comprimido**
**Nitroglicerina 25mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**

**ANTIARRÍTMICO**
**Adenosina 3mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**
**Amiodarona 200mg – comprimido**
**Amiodarona 50mg/mL ampola 3mL – sol.injetável**
**Carvedilol 3,125mg – comprimido**
**Lidocaína 20mg/mL (2%) sem vasoconstrictor frasco-ampola 20mL – sol.injetável**
**Propranolol 40mg - comprimido**

**ANTIBACTERIANO TÓPICO - DERMATOLÓGICO**
**Sulfadiazina de prata 10mg/g (1%) bisnaga 50g – creme**

**ANTICOAGULANTE**
**Enoxaparina Sódica 40mg/0,4mL seringa preenchida – sol. injetável**
**Fondaparinux sódico 2,5mg/0,5mL - 0,5mL- SER**
**Fondaparinux sódico 7,5mg/0,5mL - 0,6mL- SER**
**Heparina sódica endovenosa 5.000 UI/mL frasco-ampola 5mL – sol.injetável**
**Heparina sódica subcutânea 5.000 UI/0,25mL ampola 0,25mL – sol. injetável**
**Varfarina sódica 2,5mg – comprimido**

**ANTICONVULSIVANTE**
**Diazepam 5mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**
**Fenitoína 50mg/mL ampola 5mL – sol.injetável**
**Fenobarbital 100mg/mL ampola 2mL – sol.injetável**

**ANTÍDOTO**
**Atropina 0,25mg/mL ampola 1mL – sol.injetável**
**Carvão ativado pó – uso oral**
**Fitomenadiona 10mg/mL IM ampola 1mL – sol.injetável**
**Naloxona 0,4mg/mL ampola 1mL – sol.injetável**
**Protamina 1.000UI/mL ampola 5mL – sol.injetável**

**ANTIEMÉTICO/PROCINÉTICO**
Bromoprida 5mg/mL ampola 2mL – sol.injetável
Metoclopramida 5mg/mL ampola 2mL – sol.injetável
Dimenidrinato, + cloridrato de piridoxima 50MG + 50MG – AMP

**ANTIENXAQUECOSO**
Propranolol 40mg – comprimido

**ANTIESPASMÓDICOS INTESTINAIS**
Hioscina 20mg/mL ampola 1mL – sol.injetável
Hioscina 4mg/mL + Dipirona 500mg/mL ampola 5mL – sol.injetável
Hioscina 6,67mg/mL + Dipirona 333,4mg/mL frasco-gotas 20mL – sol.oral
Hioscina 10mg/mL - 20mL - Solução - Via oral - Frasco-gotas

**ANTIFISÉTICO**
Dimeticona 75mg/mL frasco-gotas 15mL – emulsão oral

**ANTIFÚNGICO SISTÊMICO**
Fluconazol 2mg/mL bolsa 100mL – sol.injetável

**ANTI-HIPERTENSIVO**
Anlodipino 10mg - comprimido
Captopril 25mg – comprimido
Carvedilol 3,125mg – comprimido
Clonidina 0,1mg – comprimido
Hidralazina 20mg/mL ampola 1mL – sol. injetável
Losartana 50mg – comprimido
Nitroprussiato de sódio 25mg/mL ampola 2mL – sol.injetável
Propranolol 40mg – comprimido

**ANTIMICROBIANO**
Aciclovir 250mg frasco-ampola – pó liofilizado
Amicacina 50mg/mL ampola 2mL – sol.injetável
Ampicilina + sulbactam 3g frasco-ampola – pó liofilizado
Azitromicina 500mg – Frasco-ampola
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI frasco-ampola – pó liofilizado (uso IM)
Benzilpenicilina Potássica 5.000.000UI frasco-ampola – pó liofilizado (uso IM/EV)
Benzilpenicilina benzatina 600.000UI - frasco-ampola – pó liofilizado
Cefalotina 1g – frasco-ampola – pó liofilizado
Cefazolina 1g frasco-ampola – pó liofilizado
Cefepime 1g frasco-ampola – pó liofilizado
Cefepime 2g frasco-ampola – pó liofilizado
Ceftriaxona 1g IM frasco-ampola – pó liofilizado
Ceftriaxona 1g IV frasco-ampola – pó liofilizado
Ciprofloxacina 2mg/mL bolsa 100mL – sol.injetável
Clindamicina 150mg/mL ampola 4mL – sol.injetável
Gentamicina 40 mg/ml – sol.injetável
Fluconazol 2mg/mL bolsa 100mL – sol.injetável
Levofloxacino 5mg/mL – bolsa 100mL – solução injetável

Meropenem 1g - Pó liofilizado - Via endovenosa - Frasco-ampola
Oxacilina 500mg frasco-ampola – pó liofilizado
Piperacilina + tazobactam 4,5g frasco-ampola – pó liofilizado
Sulfadiazina de prata 10mg/g (1%) bisnaga 50g – creme
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg+80mg/5mL ampola 5mL – sol.injetável
Vancomicina 500mg frasco-ampola – pó liofilizado

## ANTI-INFLAMATÓRIO HORMONAL

Betametasona dipropionato, associada com betametasona fosfato 5MG+2MG – sol. injetável Dexametasona 4mg/mL ampola 2,5mL – sol. injetável
Hidrocortisona 100mg frasco-ampola – pó liofilizado
Hidrocortisona 500mg frasco-ampola – pó liofilizado
Prednisolona 3mg/mL frasco 100mL – sol.oral
Prednisona 20mg – comprimido

## ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO HORMONAL

Cetoprofeno 50mg/mL ampola 2mL – sol.injetável (IM )
Diclofenaco sódico 25 mg/mL - 3mL(75mg) – AMP

## ANTIPARASITÁRIO

Metronidazol 500mg/100mL bolsa – sol.injetável

## ANTISSÉPTICO

Cetilpiridínio frasco 250mL – enxaguatório bucal
Clorexidina (gluconato) 0,12% frasco 1L – enxaguatório bucal (periogard)

## ANTIVIRAL

Aciclovir 250mg frasco-ampola – pó liofilizado

## BRONCODILATADOR

Aminofilina 24mg/mL ampola 10mL – sol.injetável
Fenoterol 5mg/mL frasco-gotas 20mL– uso inalatório
Ipratrópio (brometo) 0,25mg/mL frasco 20mL – uso inalatório
Salbutamol (sulfato) 100mcg/dose - 200 doses – Solução inalatória - Via oral de inalação – Frasco-spray
Terbutalina 0,5mg/mL ampola 1mL – sol.injetável

## BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR

Suxametônio 100mg frasco-ampola – pó liofilizado

## CARBAPENÊMICOS

Meropenem 1g frasco

## CEFALOSPORINA 1ªGERAÇÃO

Cefalotina 1g – frasco-ampola – pó liofilizado
Cefazolina 1g frasco-ampola – pó liofilizado

## CEFALOSPORINA 3ªGERAÇÃO

Ceftriaxona 1g IM frasco
Ceftriaxona 1g IV frasco

**CEFALOSPORINA 4ªGERAÇÃO**
Cefepime 1g frasco
Cefepime 2g frasco

**DESCONGESTIONANTE NASAL**
Cloreto de sódio 20% ampola 10mL – solução injetável

**DIURÉTICO**
Furosemida 10mg/mL ampola 2mL – solução injetável
Hidroclorotiazida 25mg – comprimido

**ESTIMULANTE CARDÍACO**
Digoxina 0,25 mg – comprimido

**HEMOSTÁTICO**
Ácido tranexâmico 50mg/mL ampola 5mL – solução injetável
Fitomenadiona 10mg/mL IM ampola 1mL – solução injetável

**HIPOLIPIDÊMICO**
Sinvastatina 40mg – comprimido

**GLICOSÍDEO CARDÍACO E CARDIOTÔNICO - HGWA**
Deslanosídeo 0,2mg/mL ampola 2mL – solução injetável

**GLICOPEPTÍDEOS**
Vancomicina 500mg frasco-ampola – pó liofilizado

**INSULINA**
Insulina NPH Humana 100UI/mL frasco
Insulina Regular Humana 100 UI/mL frasco

**LAXANTE**
Lactulose 667mg/mL frasco 120mL – xarope

**LINCOSAMINA**
Clindamicina 150mg/mL ampola 4mL – solução injetável

**MACROLÍDEO**
Azitromicina 500mg – FA

**NEUROLÉPTICO**
Clorpromazina 5mg/mL ampola 5mL – solução injetável
Haloperidol 5mg/mL ampola 1mL – solução injetável
Haloperidol (decanoato) 50 mg/mL – solução injetável

**PENICILINA**
Ampicilina + sulbactam 3g frasco-ampola – pó liofilizado

Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI frasco-ampola – pó liofilizado (uso IM)
Benzilpenicilina Potássica 5.000.000UI frasco-ampola – pó liofilizado (uso IM/EV)
Benzilpenicilina benzatina 600.000UI - frasco-ampola – pó liofilizado
Oxacilina 500mg frasco-ampola – pó liofilizado
Piperacilina + tazobactam 4,5g frasco-ampola – pó liofilizado

## QUINOLONA

Ciprofloxacina 2mg/mL bolsa 100mL – solução injetável
Levofloxacino 5mg/mL – bolsa 100mL – solução injetável

## REDUTOR DA ACIDEZ GÁSTRICA

Omeprazol 40mg frasco-ampola – pó liofilizado
Ranitidina 25mg/mL ampola 2mL – solução injetável

## REPOSITOR E SOLUÇÃO HIDROELETROLÍTICA

Bicarbonato de sódio 8,4% ampola 10mL – sol.injetável
Cloreto de potássio 10% ampola 10mL – solução injetável
Cloreto de sódio 20% ampola 10mL – solução injetável
Gluconato de cálcio 10% ampola 10mL – solução injetável
Sais para reidratação oral envelope 27,9g – uso oral

## RESINA DE TROCA IÔNICA

Poliestirenossulfonato de cálcio 900mg/g envelope 30g – uso oral

## SOLUÇÃO PARA INFUSÃO PARENTERAL

Água destilada 10mL - Ampola
Água destilada frasco 500mL – sistema fechado
Cloreto de sódio 20% ampola 10mL – solução injetável
Glicose 50% ampola 10mL – solução injetável
Solução de frutose 5% frasco 500mL – sistema fechado
Solução de glicerina 12% tubo 500mL – uso retal
Solução de glicose 5% frasco 250mL – sistema fechado
Solução de glicose 5% frasco 500mL – sistema fechado
Solução de manitol 20% frasco 250mL – sistema fechado
Solução de ringer lactato frasco 500mL – sistema fechado
Solução fisiológica 0,9% ampola 10mL – solução injetável
Solução fisiológica 0,9% frasco 100mL – sistema fechado
Solução fisiológica 0,9% frasco 250mL – sistema fechado
Solução fisiológica 0,9% frasco 500mL – sistema fechado
Solução fisiológica 0,9% frasco 1000mL – sistema fechado
Solução glicofisiológica 1:1 frasco 500mL – sistema fechado

## SULFA

Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg+80mg/5mL ampola 5mL – solução injetável

## USO TÓPICO - DERMATOLÓGICO

Sulfadiazina de prata 10mg/g (1%) bisnaga 50g – creme

**VITAMINA**

**Fitomenadiona 10mg/mL IM ampola 1mL – solução injetável**

**Vitaminas do complexo B ampola 2mL – solução injetável**

| LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS POR ORDEM ALFABÉTICA |
|---|
| Aciclovir 250MG - FA |
| Ácido acetilsalicilico 100mg - COMP |
| Ácido tranexâmico 50mg/mL - 5mL (250mg) - AMP |
| Adenosina 3mg/mL- 2mL (6mg) - AMP |
| Água destilada 500mL - FR |
| Amicacina 50mg/mL - 2mL(100mg) - AMP |
| Aminofilina 24mg/mL- 10mL(240mg) - AMP |
| Amiodarona 200mg - COMP |
| Amiodarona 50mg/mL - 3mL (150mg) - AMP |
| Ampicilina + Sulbactam 2g + 1g - FA |
| Anlodipino 10mg - COMP |
| Atropina 0,25mg/mL - AMP |
| AZITROMICINA 500MG - FA |
| Benzilpenicilina benzatina 600.000UI - FA |
| Benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI - FA |
| Benzilpenicilina potássica (G cristalina) 5.000.000UI - FA |
| Betametasona dipropionato, associada com betametasona fosfato 5MG+2MG - AMP |
| Bicarbonato de sódio 8,4% - 10mL- AMP |
| Bromoprida 5mg/mL - 2mL (10mg)- AMP |
| Captopril 25mg - COMP |
| Carvão ativado - PÓ |
| Carvedilol 3,125mg - COMP |
| Cefalotina 1g - FA |
| Cefazolina 1g - FA |
| Cefepime 1g - FA |
| Cefepime 2g - FA |
| Ceftriaxona 1g IM - FA |
| Ceftriaxona 1g IV - FA |
| Cetilpiridínio 250mL - FR |
| Cetoprofeno 50mg/mL - 2mL(100mg) - AMP |
| Ciprofloxacina 2mg/mL - 100mL(200mg) - BOLSA |
| Clindamicina 150mg/mL- 4 mL(600mg) - AMP |
| Clonidina 0,1mg - COMP |

| |
|---|
| Clopidogrel 75mg - COMP |
| Cloreto de potássio 10% - 10mL - AMP |
| Cloreto de sódio 20% - 10mL - AMP |
| CLOREXIDINA 0,12% - 1000ML - FR |
| Clorpromazina 5mg/mL- 5mL(25mg) - AMP |
| Deslanosídeo 0,2mg/mL - (0,4mg) 2mL- AMP |
| Dexametasona 4mg/mL – 2,5mL(10mg)- AMP |
| Diazepam 5mg - COMP |
| Diazepam 5 mg/mL - 2mL(10mg) - AMP |
| Diclofenaco sódico 25 mg/mL - 3mL(75mg) - AMP |
| Digoxina 0,25mg - COMP |
| Dimeticona 75mg/mL - 15mL- FGO |
| Dimenidrinato, + cloridrato de piridoxima 50MG + 50MG - AMP |
| Dipirona 500mg/mL - 2mL(1000mg) - AMP |
| Dipirona 500mg/mL - 20mL- FGO |
| Dobutamina 12,5mg/mL - 20mL (250mg) - AMP |
| Dopamina 5mg/mL - 10 mL(50mg) - AMP |
| Enoxaparina Sódica 40MG/0,4ML - 0,4ml - SER |
| Epinefrina 1mg/mL- 1mL - AMP |
| Etilefrina 10mg/mL- 1mL - AMP |
| Etomidato 2 mg/mL - 10mL(20mg) - AMP |
| Fenitoína 50mg/mL - 5 mL(250mg) - AMP |
| Fenobarbital 100mg/mL - 2mL(200mg)- AMP |

| |
|---|
| Fentanila 50mcg /mL- 10 mL(500mcg) - FA |
| Fenoterol (bromidrato) 5mg/mL - 20mL - FGO |
| Fitomenadiona 10mg/mL - 1mL- IM - AMP |
| Fluconazol 2mg/mL - 100mL(200mg) - BOLSA |
| Flumazenil 0,1 mg/mL - 5mL(0,5mg) - AMP |
| Fondaparinux sódico 2,5mg/0,5mL - 0,5mL- SER |
| Fondaparinux sódico 7,5mg/0,5mL - 0,6mL- SER |
| Furosemida 10mg/mL - 2 mL (20mg) - AMP |
| Gentamicina 40 mg/ml - AMP |
| Glicose 50% 10mL - AMP |
| Gluconato de cálcio 10% 10mL - AMP |
| Haloperidol 5 mg/mL - 1mL - AMP |
| Haloperidol (decanoato) 50 mg/mL - AMP |
| Heparina sódica endovenosa 5000UI/mL - 5 mL(25000UI) - FA |
| Heparina sódica 5000UI/0,25mL - 0,25mL - AMP |
| Hidralazina 20mg/mL- 1mL - AMP |
| Hidroclorotiazida 25mg - COMP |

| |
|---|
| Hidrocortisona 100mg - FA |
| Hidrocortisona 500mg - FA |
| Hidroxizine 2mg/mL - 120mL - FR |
| Hioscina 10mg/mL - 20mL - FGO |
| Hioscina 20mg/mL - 1mL - AMP |
| Hioscina 4mg/mL + Dipirona 500mg/mL - 5mL - AMP |
| Hioscina 6,67mg/mL+Dipirona 333,4mg/mL - 20mL- FGO |
| Insulina NPH humana 100UI - 10 mL(1000UI) - FA |
| Insulina regular humana 100UI - 10mL(1000UI) - FA |
| Ipratrópio(brometo) 0,25mg/mL - 20 mL - FGO |
| Isossorbida (dinitrato) 5mg - COMP |
| Isossorbida (dinitrato) 10mg- COMP |
| Lactulose 667mg - 120mL - FR |
| Levofloxacino 5mg/mL - 100mL(500mg) - BOLSA |
| Lidocaina 20mg/g (2%) - 30g- BIS |
| Lidocaina 20mg/mL (2%) com vasoconstrictor - 20mL - FA |
| Lidocaina 20mg/mL (2%) sem vasoconstrictor - 20mL - FA |
| Losartana 50mg - COMP |
| Meropenem 1g - FA |
| Metilergometrina maleato 0,2 mg/ml - AMP |
| Metoclopramida 5mg/mL - 2mL(10mg) - AMP |
| Metronidazol 5mg/1mL - 100mL(500mg) - BOLSA |
| Midazolam 5mg/mL - 3mL(15mg) - AMP |
| Midazolam 5mg/ml - 10ml (50 ml) - AMP |
| Morfina 10mg/mL - 1mL - AMP |
| Naloxona 0,4mg/mL - 1mL - AMP |
| Nitroglicerina 5mg/ml - 10mL(50mg) - AMP |
| Nitroprussiato de sódio 25mg/mL- 2mL(50mg)- FA |
| Norepinefrina 2mg/mL - 4mL(8mg) - AMP |
| Omeprazol 40mg - FA |
| Oxacilina 500mg - FA |
| Paracetamol 200mg/mL - 15 mL - FGO |
| Paracetamol 750mg - COMP |
| Piperacilina+Tazobactama 4,5g - FA |
| Poliestirenossulfonato de cálcio 900mg/g (3,3meq) - 30g- ENV |
| Prednisolona 3mg/mL- 120mL - FR |
| Prednisona 20mg - COMP |
| Prometazina 25mg/mL- 2mL(50mg) - AMP |
| Propranolol 40mg - COMP |
| Protamina 10mg/mL - 5mL(50mg) – AMP |
| Ranitidina 25mg/mL - 2mL(50mg) - AMP |

| |
|---|
| Sais para reidratação oral - 27,9g - ENV |
| Salbutamol 100mcg/dose - 200 doses- FR |
| Sinvastatina 40mg - COMP |
| Solução fisiológica 0,9% - 100mL - FR |
| Solução fisiológica 0,9% - 250mL - FR |
| Solução fisiológica 0,9% - 500mL - FR |
| Solução fisiológica 0,9% - 1000mL - FR |
| Solução de frutose 5% - 500mL - FR |
| Solução de glicerina 12% - 500mL - FR |
| Solução de glicose 5% - 250mL- FR |
| Solução de glicose 5% 500mL - FR |
| Solução glicofisiológica 1:1 - 500mL - FR |
| Solução de manitol 20% - 250mL - FR |
| Solução de ringer c/ lactato - 500mL - FR |
| Sulfadiazina de prata 1% - 50g- BIS |
| Suxametônio 100mg - FA |
| Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg+80mg - AMP |
| SULFATO DE MAGNÉSIO 50% -10ML - AMP |
| Terbutalina 0,5mg/mL- 1mL- AMP |
| Tramadol 50mg/mL- 2 mL(100mg)- AMP |
| Vancomicina 500mg - FA |
| Varfarina sódica 2,5mg - COMP |
| Vitaminas do complexo B - 2mL - AMP |

## | 2 INTERAÇÃO FÁRMACO-NUTRIENTE |

Independente da cultura do indivíduo e da época vivida, o alimento é um fator essencial e indispensável à manutenção e à ordem da saúde. Sua importância está associada à capacidade de fornecer ao corpo humano os nutrientes necessários ao seu sustento, de modo que funções específicas como a plástica, a reguladora e a energética sejam satisfeitas, mantendo assim a integridade estrutural e funcional do organismo. Contudo os nutrientes são também capazes de interagir com fármacos, sendo um problema de grande relevância na prática clínica, podendo causar alterações nos efeitos farmacológicos ou na biotransformação do fármaco e este, por sua vez, pode modificar a utilização do nutriente, com implicações clínicas tanto na eficácia terapêutica medicamentosa como na manutenção do estado nutricional.

O fenômeno de interação fármaco-nutriente pode surgir antes ou durante a absorção gastrintestinal, durante a distribuição e armazenamento nos tecidos, no processo de biotransformação ou mesmo durante a excreção. Essas interações podem alterar a disponibilidade, a ação ou a toxicidade de uma destas substâncias ou de ambas. Elas podem ser

físico-químicas, fisiológicas e fisiopatológicas. **Interações físico-químicas**: são caracterizadas por complexações entre componentes alimentares e os fármacos.

**Interações Fisiológicas:** incluem as modificações induzidas por medicamentos na ingestão de alimentos, digestão, esvaziamento gástrico, biotransformação e clearance renal.

**Interações Patofisiológicas:** ocorrem quando os fármacos prejudicam a absorção e/ou inibição do processo metabólico de nutrientes.

O trato gastrintestinal representa o principal sítio de interação fármaco-nutriente, uma vez que o processo de absorção de ambos ocorre por mecanismos semelhantes e podem ser competitivos. A ingestão de alimentos é capaz de desencadear no trato digestivo a liberação de secreção que, por ação qualitativa e quantitativa dos sucos gástricos, age hidrolisando e degradando ligações químicas específicas. Substâncias sensíveis a pH baixo podem ser alteradas ou até inativadas pelo ácido gástrico quando ingeridas com alimentos, como, por exemplo no caso da inativação da penicilina e da eritromicina. Paralelamente, o nutriente pode influenciar na biodisponibilidade do fármaco através da modificação do pH do conteúdo gastrintestinal, esvaziamento gástrico, aumento do trânsito intestinal, competição por sítios de absorção e ligação direta do fármaco com componentes dos alimentos.

**Modificação do pH do conteúdo gastrointestinal**

Com a ingestão de alimentos ou líquidos o pH de 1,5 do estômago se eleva para aproximadamente 3,0 afetando a desintegração das cápsulas, drágeas ou comprimidos e consequentemente a absorção do princípio ativo.

**Velocidade do esvaziamento gástrico**

A presença de alimentos no estômago contribui para o retardo do esvaziamento gástrico. A velocidade é limitada pela quantidade de quimo presente no intestino delgado; refeições sólidas, ácidas, gordurosas, quentes, hipertônicas e volumes líquidos acima de 300 mL tendem a induzir um acentuado retardo do esvaziamento gástrico, podendo aumentar a absorção dos fármacos através de um prolongamento do tempo de contato do princípio ativo com a superfície de absorção.

**Aumento da atividade peristáltica do intestino**

A atividade peristáltica do intestino delgado é provocada, em parte, pela entrada de quimo no duodeno e pelo fluxo gastroentérico. Este reflexo eleva o grau geral de excitabilidade do intestino delgado e também aumenta a motilidade e secreção. Este aumento moderado da motilidade tanto pode favorecer a dissolução do medicamento, facilitando o contato das

0073?7

substâncias ativas com a superfície de absorção e otimizando, quanto pode diminuir a sua biodisponibilidade, em função da elevação da velocidade do trânsito intestinal. Secreções de ácidos, enzimas e sais biliares aumentam na presença de alimentos. Os ácidos e sais biliares, pelas suas propriedades tensoativas, auxiliam a solubilização e favorecem a absorção de fármacos lipossolúveis. Os sais biliares também podem formar complexos não absorvíveis com substâncias, como a colestiramina. Dependendo da sua natureza, ácida ou básica, da lipofilicidade ou da formulação do medicamento, por exemplo, da carbamazepina, fenitoína e nitrofurantoína, pode ter a sua absorção aumentada quando ingerida com dietas hiperlipídicas, pois são medicamentos lipossolúveis.

**Competição pelos sítios de absorção**

A presença de nutrientes pode constituir uma competição pelos sítios de absorção, cuja conseqüência dependerá de qual componente apresenta maior afinidade com este sítio. A levodopa (L-dopa), usada no tratamento da doença de Parkinson, tem ação terapêutica inibida por dieta hiperprotéica; entretanto, uma dieta hipoprotéica potencializa e estabiliza este efeito. Esta alteração deve-se ao fato de os aminoácidos competirem com a levodopa tanto na absorção intestinal, quanto na penetração no cérebro.

**Ligação direta do fármaco com componentes dos alimentos (complexação)**

A interação fármaco-nutriente pode ocorrer por mecanismo de complexação, resultando na diminuição da sua disponibilidade. Os íons di e trivalentes ($Ca^{2+}$, $Mg^{2+}$, $Fe^{2+}$ e $Fe^{3+}$), presentes no leite e em outros alimentos, são capazes de formar quelatos não absorvíveis com as tetraciclinas, ocasionando a excreção fecal dos minerais, bem como do fármaco.

**Exemplos de interações entre alimentos e medicamentos**

Medicamentos ácidos fracos, como o ácido acetilsalicílico, os aminoglicosídeos, barbitúricos, diuréticos, penicilinas e sulfonamidas, podem ter sua excreção aumentada por dietas predominantemente alcalinas devido à alcalinização da urina pelos resíduos alcalinos dos alimentos. Algumas bases fracas como amitriptilina, anfetamina, cloroquina, morfínicos e teofilina podem ter sua excreção aumentada por dietas predominantemente ácidas ou dietas que originem metabólitos ácidos (ameixa, carnes, frutos do mar, pães, biscoitos, bolachas) devido à acidificação da urina. Outro nutriente que pode afetar a ação de alguns medicamentos é a tiramina. Presente em alguns alimentos, como por exemplo, queijos fermentados, iogurte, chocolate, vinho tinto, cerveja, carnes e peixes embutidos ou defumados, ela atua liberando noradrenalina nas terminações adrenérgicas, o que pode potencializar os efeitos dos inibidores

de monoaminooxidase (IMAO) causando crises hipertensivas. A piridoxina (vitamina B6) acelera a conversão da L-Dopa em dopamina plasmática pela ativação da enzima dopa descarboxilase. O ácido tânico (substância presente no café, no chá mate, frutas e vinhos) pode precipitar vários tipos de medicamentos como clorpromazina, prometazina e alcalóides. As tetraciclinas, apesar de irritarem o estômago, devem ser administradas longe das refeições, pois além de formarem complexos insolúveis com o cálcio de alimentos (leite e derivados), são instáveis em meio ácido e, além disso, a diminuição da motilidade gastrointestinal diminui a sua absorção. A penicilina V deve ser administrada em 2 horas de diferença com as refeições, pois os alimentos podem aumentar a ocorrência de inativação através da abertura do anel beta-lactâmico. Os medicamentos que causam efeitos irritativos na mucosa gastrointestinal, por exemplo, os antiinflamatórios não esteróides (AINE), devem ser administrados junto com as refeições. A ingestão de alimentos com o propranolol reduz o efeito de primeira passagem e aumenta a sua biodisponibilidade.

### 2.1. Interações Importantes entre Alimentos e Medicamentos Padronizados

| MEDICAMENTO | INTERAÇÃO | ORIENTAÇÃO |
|---|---|---|
| ÁCIDO ACETILSALICÍLICO | Suco de maracujá (vitamina C) e alface (vitamina K) | Não ingerir alimentos ricos em vitaminas C e K, ácido fólico, tiamina e aminoácidos, próximo ou durante a administração dos medicamentos |
| CAPTOPRIL | Alimento em geral diminui a absorção do fármaco | Administrar uma hora antes ou duas horas após as refeições |
| DIGOXINA | A ingestão com alimentos ricos em fibras retarda a absorção do fármaco | Não administrar com alimentos ricos em fibras ou administrar 1 hora antes ou 2 horas após refeições. |
| PARACETAMOL | A ingestão com alimentos ricos em fibras retarda a absorção do fármaco | Não administrar com alimentos ricos em fibras ou administrar 1 hora antes ou 2 horas após refeições. |
| VARFARINA | A ingestão com alimentos fontes de vitaminas K e C, e chás, diminui a absorção do fármaco. | Não administrar com alimentos fonte de vitamina K, C e chás, ou administrar 1 hora antes ou 2 horas após refeições. |

## | 3 FORMAS FARMACÊUTICAS SÓLIDAS |

As principais formas farmacêuticas utilizadas por via oral são as seguintes:

- Pós e granulados
- Cápsulas gelatinosas duras
- Cápsulas moles
- Comprimidos e pastilhas

**PÓS E GRANULADOS:** São formas farmacêuticas sólidas destinadas à administração oral.

**CÁPSULAS GELATINOSAS DURAS:** São constituídas de gelatina, apresentando duas partes cilíndricas alongadas que se fecham uma na outra e contêm no seu interior princípios ativos na forma de pós ou granulados. O acondicionamento de princípios ativos em cápsulas gelatinosas tem como objetivos protegê-los da umidade, da oxidação e da luz; mascarar o gosto ou odor de um medicamento e protegê-los da ação do suco gástrico.

Há também o revestimento gastrorresistente das cápsulas gelatinosas, cuja principal função é proteger o princípio ativo da destruição em meio gástrico. Tal revestimento impede uma diluição do princípio ativo no suco gástrico, dando preferência a uma ação intestinal, além de favorecer a liberação do medicamento no sítio adequado de absorção.

**CÁPSULAS MOLES:** São preparações sólidas destinadas a doses únicas, de capacidade variável, constituídas de substâncias como a glicerina ou o sorbitol e contendo em seu interior substâncias líquidas ou pastosas.

**COMPRIMIDOS E PASTILHAS:** São preparações sólidas, contendo cada um uma unidade de dose. Os comprimidos são, principalmente, destinados à via oral. Podem ainda ser classificados em: comprimidos não revestidos ou simples, comprimidos efervescentes, comprimidos revestidos (liberação modificada e gastrorresistentes) e comprimidos sublinguais.

**COMPRIMIDOS NÃO REVESTIDOS**

São comprimidos que devem ser engolidos. Eles liberam os princípios ativos logo após a desintegração e dissolução no estômago. Se o paciente estiver impossibilitado de engolir, normalmente nesses casos o comprimido é triturado e administrado por sonda enteral.

**COMPRIMIDOS EFERVESCENTES**

Os comprimidos efervescentes são formas farmacêuticas preparadas para se dissolverem completamente em água antes de serem engolidos. Esse tipo de comprimido não deve ser mastigado. São habitualmente higroscópicos (absorvem a umidade do ar), pelo que devem ser conservados com cuidados especiais (geralmente em tubos ou frascos bem fechados e contendo substâncias como o gel de sílica, que contribui para diminuir a umidade interna no frasco). Para prepará-lo, é preciso que o comprimido entre em contato com a água. A efervescência deve-se à libertação de gás carbônico resultante da reação do ácido (cítrico, ascórbico, etc.) com o carbonato, em presença de água. Essa reação é visualmente observada com um barulho característico e a liberação de bolhas de ar.

A administração desse tipo de comprimido é mais agradável e melhora a absorção, já que o gás carbônico estabiliza a mucosa gástrica. Para que a administração de um comprimido efervescente seja feita por sonda entérica, deve-se diluir o medicamento em 60mL de água. Antes de administrar a solução no paciente, é importante certificar-se de que todo o comprimido foi dissolvido.

## COMPRIMIDOS REVESTIDOS OU DRÁGEAS

Comprimidos revestidos são aqueles que possuem uma ou mais camadas finas sobre sua superfície. Existem vários tipos de substâncias químicas que são usadas para revestimento e a escolha depende do objetivo de cada formulação e /ou princípio ativo. Os comprimidos revestidos podem ser de liberação modificada (quando modulam a liberação do fármaco), retardando ou prolongando a sua dissolução. Algumas das razões para produzir um comprimido de liberação modificada são: prolongar o efeito farmacológico, mantendo a concentração plasmática em níveis terapêuticos por período de tempo prolongado (alguns revestimentos contribuem para que o medicamento seja liberado aos poucos no organismo); liberar o fármaco em um local específico no trato gastrintestinal (alguns revestimentos protegem os comprimidos da acidez estomacal e impedem a perda de ação que pode ocorrer após a interação do fármaco com o sulco gástrico), ou após um período definido de tempo.

Além disso, o revestimento pode servir para:

- Disfarçar o sabor do medicamento;
- Protegê-lo da luz e umidade;
- Impedir que o princípio ativo entre em contato com o ambiente gástrico.

Quando o objetivo do revestimento for proteger o princípio ativo do meio gástrico, não é possível triturar o comprimido e administrá-lo pela sonda entérica colocada em posição gástrica. Isso pode fazer com que o medicamento não apresente a ação esperada.

Há também aqueles medicamentos que precisam entrar em contato com o suco gástrico para que a sua ação aconteça. Desse modo, se a sonda estiver na posição entérica (intestino), o medicamento pode não apresentar a ação desejada.

## COMPRIMIDOS SUBLINGUAIS

Os comprimidos sublinguais são aqueles que devem ser colocados debaixo da língua. São comprimidos solúveis que se desfazem debaixo da língua. Foram feitos para que o princípio ativo seja liberado na mucosa oral, que é um local bem irrigado e vascularizado, que absorve rapidamente o fármaco. A principal vantagem dessa forma farmacêutica é que sua administração não apresenta efeito de primeira passagem.

O metabolismo de primeira passagem é um mecanismo em que o fármaco administrado por via oral é absorvido no trato gastrintestinal e, através da circulação porta, vai inicialmente para o fígado. No fígado, o fármaco é submetido à biotransformação e degradação, podendo ser completamente metabolizado e inativado, não atingindo níveis na circulação sistêmica na sua forma ativa.

### 3.1. Administração de comprimidos por sonda de nutrição

O uso de sonda como via para administração de medicamentos pode, se não planejado adequadamente, se tornar parte de suas potenciais complicações. Fármacos em apresentações sólidas promovem frequentemente obstruções, resultando na necessidade de troca da sonda com aumento de custos e de desconforto aos pacientes. Cápsulas e drágeas, devido ao tipo de conteúdo (líquido, gelatinoso ou pó) sofrem o risco de serem diluídas incorretamente ou absorvidas em segmentos gastrintestinais diferentes do ideal. Recomenda-se a não trituração de apresentações de liberação lenta ou entérica ou microencapsulados, visto que há diminuição no tempo de absorção dos fármacos e maior risco de superdose e de intoxicações. Mesmo apresentações líquidas com sabor adocicado podem, devido a substâncias como manitol ou sorbitol, possuir potencial osmótico
ou laxante significativo.

Assim, torna-se necessário o uso de técnicas adequadas para a correta manipulação dos medicamentos para sua administração por sonda, triturando-se apenas o necessário, bem como o conhecimento de quais medicamentos são compatíveis com esta via.

**PADRONIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO**

Para os medicamentos que tiveram um tempo de diluição e/ou dispersão maior que 20 minutos será padronizado o uso do gral e pistilo para pulverização do comprimido e posterior diluição e/ou dispersão, de acordo com os passos a seguir.

- Sempre lave as mãos antes de iniciar a preparação do(s) medicamento(s).
- Separe, lave e seque o material necessário.
- Atenção: Cada comprimido só deve ser retirado da sua embalagem no momento de ser triturado!
- Triture bem o comprimido.



007332



- Atenção: Se houver mais de um comprimido a ser administrado, triture-os separadamente.

Medicamentos diferentes podem "interagir" e até mesmo perder a ação!

- Acrescente 10 mL de água ao triturador, lavando bem suas paredes, e mexa até dissolver o comprimido triturado.

- Antes de administrar o medicamento, lave a sonda com 30mL de água.

- Administre a mistura formada no triturador (comprimido triturado + 10 mL de água) com seringa de 20 mL empurrando seu êmbolo vagarosamente.

- Após o término da administração, lave a sonda com 30 mL de água.

**Atenção:**
Se houver mais de um medicamento a ser administrado, lave a sonda com 5ml de água entre uma administração e outra.

**Observações Importantes** Alguns comprimidos utilizados no UPA não podem ser triturados. Eles apresentarão esta etiqueta ao lado:



Nesse caso, entre em contato com um farmacêutico.

No caso de obstrução, injete água sob pressão com seringa.

É desaconselhável a utilização do fio-guia para desobstrução de sondas.

**Lista de medicamentos que recebem a etiqueta de proibido macerar**

- ✓ Amoxicilina 500mg – cápsula
- ✓ Bisacodil 5mg – comprimido
- ✓ Nifedipino Retard 20mg – comprimido

- ✓ Omep razol 20mg – cápsula
- ✓ Ranitidina 150mg – comprimido
- ✓ Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80mg – comprimido
- ✓ Sulfato ferroso 109mg (40mg de ferro elementar) – comprimido
- ✓ Vitaminas do complexo B – comprimido

**Ficam sem indicação para uso por sonda os seguintes itens:**

| MEDICAMENTO | ORIENTAÇÃO |
|---|---|
| **ISOSSORBIDA 5MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL** | Não deve ser triturado, pois perde as características de liberação levando ao risco de manutenção inadequada do nível sérico do fármaco. |

### 3.2. Fracionamento de comprimidos no UPA

No processo manual, os comprimidos podem ser fracionados em três diferentes embalagens, são elas:

1- Embalagem transparente: usada para todos os comprimidos que não sejam controlados pela Portaria 344/98 e não sejam fotossensíveis;

2- Embalagem âmbar: usada para fracionamento dos comprimidos pertencentes a portaria 344/98;

3- Embalagem leitosa: usada para fracionamento dos comprimidos fotossensíveis.

## | 5. MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS (MPP) |

Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.

**Barreiras implantadas na UPA que reduzem a possibilidade de ocorrência de erro com administração de MPP:**

**Identificações especiais de MPP**

Com o objetivo de sinalizar para a equipe assistencial, os medicamentos potencialmente perigosos são identificados com um círculo vermelho.

**Cuidados especiais na dispensação de MPP**

Os MPP devem permanecer guardados na gaveta do paciente, que se encontra na farmácia, e dispensados apenas no horário da administração por solicitação do auxiliar de enfermagem. Os medicamentos termolábeis devem ficar guardados na geladeira da farmácia satélite e o auxiliar de enfermagem deve dirigir-se à farmácia
e solicitar no horário da administração e deve devolvê-las imediatamente após a

administração.

**Cuidados especiais na administração de MPP**






Os medicamentos potencialmente perigosos são identificados na prescrição médica em **negrito e sublinhado**. Para alguns destes foi instituída a rotina de dupla checagem para administração, ou seja, dois profissionais, sendo estes o (a) auxiliar de enfermagem e o(a) enfermeiro(a) vão analisar o item prescrito e assinar nos campos específicos na prescrição, com o objetivo de evitar-se os erros. A sinalização da dupla checagem é realizada pela enfermeira no momento do aprazamento.

| LISTA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS (MPP) CLASSIFICADOS POR CLASSE FARMACOLÓGICA: |
|---|
| Adenosina 3mg/mL- 2mL (6mg) - AMP |
| Amiodarona 200mg - COMP |
| Amiodarona 50mg/mL - 3mL (150mg) - AMP |
| Atropina 0,25mg/mL - AMP |
| Bicarbonato de sódio 8,4% - 10mL- AMP |
| Carvedilol 3,125mg - COMP |
| Cloreto de potássio 10% - 10mL - AMP |
| Cloreto de sódio 20% - 10mL - AMP |
| Deslanosídeo 0,2mg/mL - (0,4mg) 2mL- AMP |
| Diazepam 5 mg/mL - 2mL(10mg) - AMP |
| Digoxina 0,25mg - COMP |
| Dobutamina 12,5mg/mL - 20mL (250mg) - AMP |
| Dopamina 5mg/mL - 10 mL(50mg) - AMP |

0077335

| |
|---|
| Epinefrina 1mg/mL- 1mL - AMP |
| Etilefrina 10mg/mL- 1mL - AMP |
| Etomidato 2 mg/mL - 10mL(20mg) - AMP |
| Fentanila 50mcg /mL- 10 mL(500mcg) - FA |
| Flumazenil 0,1 mg/mL - 5mL(0,5mg) - AMP |
| Glicose 50% 10mL - AMP |
| Gluconato de cálcio 10% 10mL - AMP |
| Heparina sódica endovenosa 5000UI/mL - 5 mL(25000UI) - FA |
| Heparina sódica 5000UI/0,25mL - 0,25mL - AMP |
| Insulina NPH humana 100UI - 10 mL(1000UI) - FA |
| Insulina regular humana 100UI - 10mL(1000UI) - FA |
| Lidocaina 20mg/mL (2%) com vasoconstrictor - 20mL - FA |
| Lidocaina 20mg/mL (2%) sem vasoconstrictor - 20mL - FA |
| Midazolam 5mg/mL - 3mL(15mg) - AMP |
| Midazolam 5mg/ml - 10ml (50 ml) - AMP |
| Morfina 10mg/mL - 1mL - AMP |
| Norepinefrina 2mg/mL - 4mL(8mg) - AMP |
| Prometazina 25mg/mL- 2mL(50mg) - AMP |
| Suxametônio 100mg - FA |
| Terbutalina 0,5mg/mL- 1mL- AMP |
| Tramadol 50mg/mL- 2 mL(100mg)- AMP |
| Varfarina sódica 2,5mg - COMP |

Tabela: Medicamentos, riscos e condições clínicas a serem monitoradas dos MMP de dupla checagem

| MEDICAMENTO | CONDIÇÃO CLÍNICA A SER MONITORADA | RISCOS À MONITORAR |
|---|---|---|
| **Cloreto de Potássio injetável** | Não deve ser administrado sem diluição.<br>Pacientes que recebem potássio por via parenteral devem ser monitorados cuidadosamente:<br>**Potássio sérico. Função renal. Função cardíaca.** | **Hipercalemia, especialmente em pacientes com insuficiência renal podendo manifestar os seguintes sintomas: paralisia das extremidades fraqueza muscular, hipotensão arritmias cardíacas, bloqueio e parada cardíaca e confusão mental** |
| **Insulina NPH e Regular** | A monitorização clínica e laboratorial é indispensável durante o tratamento com a insulina, não apenas para avaliar sua eficácia, mas, principalmente, para prevenir a ocorrência de hipoglicemia.<br>Essa atenção é especialmente necessária em situações de alteração do quadro do paciente, como náuseas e vômitos, situações de grande tensão ou infecções. Monitorizar:<br>**Glicemia** | **Hipoglicemia** |
| | **Glicose na urina**<br>**Hemoglobina glicosilada.**<br>Devem ser avaliadas antes da administração as seguintes situações clínicas com relação ao risco-benefício: febre alta, hiper ou hipotiroidismo, infecções graves, cetoacidose diabética, trauma ou cirurgia, diarréia, vômito, condições que retardem a absorção de nutrientes, distúrbios de alimentação, comprometimento hepático ou renal. | |
| **Fondaparinux e Enxoparina sódica** | Monitorizar:<br>**Sangramento ativo**<br>**Contagem de plaquetas (trombocitopenia com 30 a 50% de redução do valor inicial de plaquetas);**<br>**TTPA e TP (INR);**<br>**Hipertensão arterial não controlada (>180x110 mmHg);**<br>**Insuficiência renal grave (clearance<30 ml/min);**<br>**Hipersensibilidade ao anticoagulante;** | **Hemorragias** |

| | | |
|---|---|---|
| **Heparina sódica** | Monitorizar:<br>**Sangramento ativo;**<br>**Monitoramento da contagem de plaquetas ( trombocitopenia)**<br>**TTPA e TP (INR);**<br>**Hipertensão arterial não controlada (>180x110 mmHg);**<br>**Insuficiência renal grave;**<br>**Hipersensibilidade ao anticoagulante;**<br><br>Em casos de hemorragias graves, as medidas a serem tomadas consistem em: redução da dose, interrupção do tratamento e, em casos graves, neutralização com Protamina 1.000 U.I. | **Hemorragias** |
| **Midazolam** | Monitorizar: | **Ausência de reflexos, hipotensão,** |
| | **Saturação de oxigênio;**<br>**Pressão arterial;**<br>**Frequência respiratória e cardíaca;** | **depressão cardiorrespiratória, apnéia e coma.** |

## | 6. MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344 / 98 |

Os medicamentos da Portaria 344/98 por seu risco potencial de causar danos ao paciente devem seguir normas específicas para sua dispensação.

### 6.1. Normas para dispensação de medicamentos controlados (portaria 344/98)

Os medicamentos da Portaria 344/98 são dispensados por paciente e por horário de administração, através da prescrição médica devidamente assinada e carimbada pelo médico assistente, bem como, devidamente aprazada pela enfermeira responsável.

*Fluxo operacional da dispensação dos medicamentos controlados:*

**A cada horário de administração destes medicamentos, o auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro solicita à farmácia, em até 30 minutos antes da administração, o medicamento**

**prescrito para o paciente que está acompanhando; o auxiliar de farmácia identifica o paciente através da 2ª via da prescrição médica já disponível na farmácia, checa se o medicamento está prescrito e solicita o registro da assinatura legível do auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro no horário aprazado na 2ª via da prescrição médica e entrega o medicamento ao solicitante.**

### 6.2. Lista de medicamentos da portaria 344/98

| |
|---|
| Clorpromazina 5mg/mL- 5mL(25mg) - AMP |
| Diazepam 5mg - COMP |
| Diazepam 5 mg/mL - 2mL(10mg) - AMP |
| Etomidato 2 mg/mL - 10mL(20mg) - AMP |
| Fenitoína 50mg/mL - 5 mL(250mg) - AMP |
| Fenobarbital 100mg/mL - 2mL(200mg)- AMP |
| Fentanila 50mcg /mL- 10 mL(500mcg) - FA |
| Flumazenil 0,1 mg/mL - 5mL(0,5mg) - AMP |

| |
|---|
| Haloperidol 5 mg/mL - 1mL - AMP |
| Midazolam 5mg/mL - 3mL(15mg) - AMP |
| Midazolam 5mg/ml - 10ml (50 ml) - AMP |
| Morfina 10mg/mL - 1mL - AMP |
| Naloxona 0,4mg/mL - 1mL - AMP |
| Tramadol 50mg/mL- 2 mL(100mg)- AMP |

## | 7. GUIA PRÁTICO PARA ADEQUADA PRESCRIÇÃO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO |

Qualidade e segurança são conceitos fundamentais para a excelência na prestação de serviços de saúde, estando diretamente relacionados com a eficiência do sistema. No entanto, na atualidade, são frequentes erros envolvendo medicamentos, que podem resultar em dano aos pacientes, ou até mesmo morte.

O primeiro passo para se evitar problemas na administração de medicação é melhorar a prescrição médica, uma vez que esta é a primeira etapa da cadeia terapêutica, sendo responsável por considerável parcela de erros na utilização de medicamentos, decorrentes de uma prescrição ilegível, com informações ambíguas ou incompletas.

É de responsabilidade do médico elaborar uma prescrição que transmita, de forma clara, todas as informações necessárias aos diversos profissionais envolvidos no ciclo medicamentoso, de modo a prevenir a ocorrência de erros de medicação.

Assim, estão listadas abaixo algumas sugestões de padrão para a prescrição, com o objetivo de melhorar a comunicação dos elementos essenciais para adequada compreensão de todos os atores envolvidos neste processo:

• Certificar-se de que a prescrição está corretamente identificada com o nome, leito e prontuário do

Paciente, além da data, nome e assinatura do prescritor;

• Escrever nome do medicamento, seguido da concentração, forma farmacêutica, dose, posologia, via e orientações de uso;

Ex: Captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg (2 comprimidos) de 8/8horas por via oral, 1 hora antes do almoço;

• Evitar abreviaturas, caso elas não sejam institucionalizadas e amplamente divulgadas entre todos os profissionais;

• Evitar a utilização de denominação comercial (de acordo com a Lei 9.787/99 em seu Art. 3º, "as aquisições e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do sistema único de saúde - SUS, devem obrigatoriamente adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)") e fórmulas químicas para nominar os medicamentos.

• Considerar sempre a dose máxima diária permitida;

• Atenção ao prescrever doses fracionadas de comprimidos ou cápsulas que não podem ser triturados ou manipulados;

• Certificar-se de informar a via da administração, especialmente quando o mesmo medicamento pode ser administrado por mais de uma via;

• Certificar-se de informar a velocidade de infusão dos medicamentos de uso endovenoso;

• Evitar a utilização desnecessária de vírgulas e pontos antes e após a dose. Ex: 5,0 mg – pode ser lido erroneamente como 50mg;

- Procure identificar sempre alergias e interações medicamentosas;
- Se possível, arredondar as doses para o número inteiro mais próximo;
- Realizar dupla checagem de todos os cálculos das doses;
- Ao final, releia a prescrição, observando se não existem itens duplicados, se todas as orientações foram escritas e estão claras;
- Restringir ordens verbais aos casos de urgência, transcrevendo-as à prescrição assim que possível;
- Reavaliar diariamente a necessidade da medicação na prescrição;
- A prescrição faz parte de um processo multidisciplinar. Deve-se sempre manter um bom canal de comunicação com todas as equipes envolvidas no cuidado do paciente;
- Notificar as reações adversas identificadas.

## | 8. CUIDADOS GERAIS PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS |

A etapa de administração de medicamentos é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

No Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde (2013) são apresentados nove certos na administração de medicamentos:

| | |
|---|---|
| **I.PACIENTE CERTO** | • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.<br>• Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, associar pelo menos mais dois identificadores diferentes. |
| **II.MEDICAMENTO CERTO** | • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.<br>• Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito.<br>• Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.<br>• Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.<br>• Alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento. |
| **III.VIA CERTA** | • Identificar a via de administração prescrita.<br>• Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.<br>• Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.<br>• Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral. |
| **IV.HORA CERTA** | • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.<br>• Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.<br>• A antecipação ou o atraso da administração em relação ao |

| | |
|---|---|
| | horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. |
| **V.DOSE CERTA** | • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.<br>• Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.<br>• Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.<br>• Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.<br>• Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.<br>• Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.<br>• Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração. |
| **VI.REGISTRO CERTO DA ADMINISTRAÇÃO** | • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.<br>• Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.<br>• Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. |
| **VII.ORIENTAÇÃO CORRETA** | • Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.<br>• Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.<br>• Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência |
| | com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação. |

| | |
|---|---|
| **VIII.FORMA CERTA** | • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.<br>• Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.<br>• Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. |
| **IX.RESPOSTA CERTA** | • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.<br>• Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.<br>• Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.<br>• Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual.<br>• Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). |

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

### 8.1. Orientações para a equipe de Enfermagem

Estão descritas, a seguir, algumas condutas que devem ser tomadas para garantir maior segurança à administração de medicamentos:

| CATEGORIA | ITENS |
|---|---|
| **Em relação ao paciente** | • Antes de qualquer administração de medicamento, explicar ao paciente ou responsável o procedimento que será realizado esclarecendo as possíveis reações;<br>• Observar o estado geral do paciente e manter uma observação após a administração do medicamento. |

| | |
|---|---|
| **Em relação ao profissional de Enfermagem** | • Conferir o medicamento antes da administração com relação ao prazo de validade, apresentação e aspecto;<br>• Utilizar na rotina *os nove certos* apresentados anteriormente;<br>• Separar os medicamentos por horário em depósitos plásticos com identificação dos leitos e levar o depósito até o leito do paciente.<br>• Enfermeiro deve ficar atento ao aprazamento sob o ponto de vista de interações medicamentosas e alimentar de acordo com os protocolos da Comissão de Farmácia e Terapêutica;<br>• Interromper a administração se perceber alguma reação no paciente;<br>• Seguir rigorosamente as orientações da CCIH relacionado a período de troca de cateteres e medidas de precaução padrão.<br>• Obedecer ao tempo de diluição conforme orientação do fabricante para garantia da eficácia do medicamento;<br>• Notificar qualquer evento percebido relacionado à administração do medicamento. |
| **Em relação à chefia imediata** | • Tomar medidas corretivas imediatas e notificar a coordenação quaisquer ocorrências relacionadas à administração da medicação. |

### 8.2. Aprazamento

O aprazamento padrão é utilizado para segurança do paciente, respeito ao repouso/sono e facilitar a organização do serviço e trabalho. Os horários abaixo são sugeridos:

De 2/2 horas-> 10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h 02h 04h 06h.

De 4/4 horas-> 10h 14h 18h 22h 02h 06h.

De 6/6 horas-> 12h 18h 24hs 06h.

De 8/8 horas-> 14h 22h 06h.
De 12/12 horas-> 10h 22h.

3x ao dia-> 14h 22h 06h.

É importante salientar que o aprazamento de fármacos deve considerar interações farmacológicas, interações drogas-nutrientes, necessidades individualizadas de clientes, vias de administração e é de responsabilidade ética do enfermeiro que está realizando a ação de aprazar. Desta forma, é indispensável considerar tais fatores para que a segurança assistencial do cliente seja prioritária na ação do enfermeiro e este ato seja criteriosamente efetivado.

Deve-se evitar aprazamentos em horários de mudança de plantão (7:00hs; 13:00hs e 19:00hs) para que não haja insegurança em relação a administração dos fármacos, dúvidas da equipe de Enfermagem e garantia de terapêutica continuada.

**SITUAÇÕES ESPECIAIS:**

- No caso do antibiótico, administrar até 01 hora após prescrição e manter o aprazamento até o término da terapia, mantendo desta forma o nível sérico adequado.

- Nos casos de urgência, readequar o aprazamento de acordo com a mudança realizada. Por exemplo, paciente apresentou febre às 15:00h e na prescrição está prescrito dipirona de 6 em 6 h, então vai administrar imediatamente e, a partir de então, recomeçar a contagem do tempo. Se administrou às 15:00h, então a próxima administração será as 21:00h, mudando o aprazamento anterior e mantendo o nível sérico.

- Nos casos de Diuréticos 1 vez ao dia, fazer às 10:00h para prevenir nictúria, preservar o sono e repouso do cliente e minimizar o risco de queda durante a madrugada.

- Nos casos dos protetores gástricos em jejum, administrar às 5:00h dando um espaço de 30 minutos até a primeira refeição para redução de lesão gástrica de produção de ácido clorídrico; quando o paciente usar levotiroxina deve ser administrado primeiro a levotiroxina e após um intervalo de 30 minutos, o protetor gástrico.

- Sugere-se aprazar a Varfarina às 18h, devido ao horário de liberação do resultado do TAP pelo laboratório, permitindo avaliação da necessidade de ajuste de dose do fármaco antes de ser administrado ao paciente.
- Medicamentos prescritos para uso em intervalos fora de 24 horas (ex. 48/48h; a cada três dias, 1x/semana), não deixar o horário aprazado todos os dias, mas somente no dia determinado. Pode-se, nos outros dias, deixar "agendada" a próxima dose, com a especificação do dia da semana.

- Nos casos de medicamentos que apresentem interação com nutrientes, evitar aprazar nos horários das refeições para favorecer ação farmacológica e interagir com o serviço de Nutrição para esclarecimento de dúvidas.

- NÃO aprazar para a madrugada (23 às 04h):

  – medicamentos subcutâneos

  – glicemias

– aerossol

– medicamentos por via oral

– medicamentos indutores do sono

Busca-se, neste caso, reduzir a interferência no repouso do paciente.

## | 9. DILUIÇÃO E ESTABILIDADE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS |

A elaboração de um material didático – instrucional com conteúdo técnico – científico é uma importante ferramenta que permite o rápido acesso às informações sobre o uso correto dos medicamentos intravenosos.

Com o intuito de difundir e promover o conhecimento farmacológico a equipe multidisciplinar, definiu-se a elaboração das tabelas divididas nos seguintes grupos: ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL, contendo o nome do medicamento, apresentação, volume de reconstituição, solução para infusão recomendada, concentração máxima de administração, velocidade/tempo de infusão e observações complementares.

**ATENÇÃO:**

**os antimicrobianos que necessitam de infusão lenta não precisam necessariamente ser administrados em bomba de infusão contínua (meropenem, pip.tazobactam, cefepime e vancomicina).**

**TABELA DE DILUIÇÃO E ESTABILIDADE DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS – PACIENTE ADULTO**

| MEDICAMENTO | APRESENTAÇÃO | RECONSTITUIÇÃO | DILUIÇÃO | ESTABILIDADE | TEMPO DE INFUSÃO | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aciclovir | FA 250mg | 10 mL AD | 100 mL SF | 12h TA | 60 minutos | Não refrigerar |
| Ácido epsilon aminocapróico | 50mg/mL FA 20mL | NA | 250mL-500mL SF ou SG | Uso imediato | 1mL/min | A administração rápida pode causar náuseas, vômitos, hipotensão ou bradicardia. |
| Ácido tranexâmico | 50mg/mL AMP 5mL | NA | 50 a 100mL SF ou SG | Uso imediato | 30 a 60 minutos | |
| Adenosina | 3mg/mL AMP 2mL | NA | Não diluir | Uso imediato | EV direto | Não refrigerar devido à cristalização |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Albumina Humana 20% | FA 10mL FA 50mL | NA | 1:4 SF ou SG | 4 horas Sob Refrigeração | EV direto – 1mL/min | |
| Amicacina | AMP 50mg/mL 2mL AMP 250mg/mL 2mL | NA | 100 mL SF ou SG | Uso Imediato | 30 a 60 minutos | Não deve ser pré-misturada com outros medicamentos e deve ser administrada separadamente de acordo com a dose e a via de administração recomendadas. |
| Aminofilina | 24mg/mL AMP 10mL | NA | 50mL SF ou SG | Uso imediato | EV direto – 25mg/min (10 minutos) Infusão intermitente – 30 minutos | |
| Amiodarona | 50mg/mL AMP 3mL | NA | 250mL SG | Uso imediato | EV direto – 3 minutos<br>Infusão intermitente – 30 - 40 minutos | Até 2 horas pode correr em PVC, infusões mais prolongadas devem ser feitas em frascos de vidro ou bolsas isentas de PVC. |
| Ampicilina + Sulbactam | FA 3g | IM: 3,2mL AD EV: 6,4 mL AD | 100 mL SF | 8h TA 48h Sob Refrigeração | 30 minutos | |
| Atropina | 0,25mg/ml AMP 1mL | NA | NA | Uso imediato | Usualmente rápida (cerca de 1 minuto). | |
| Benzilpenicilina Benzatina | FA 1.200.000UI | 4mL AD | NA | NA | IM | Uso exclusivamente IM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Benzilpenicilina Potássica | FA 5.000.000UI | 5mL AD | 100mL SF ou SG | 24h TA ou Sob refrigeração | 30 a 60 minutos | |
| Bicarbonato de sódio 8,4% | AMP 10mL | NA | | Uso imediato | | |
| Bromoprida | 5mg/mL AMP 2mL | NA | 18 mL AD ou SF | Uso imediato | EV direto lento (superior a 3 minutos) | |
| Cefazolina | FA 1g | IM: 2,5 mL AD EV: 10 mL AD | 100 mL SF ou SG | 12h TA 24h Sob Refrigeração | 30 a 60 minutos | |
| Cefepime | FA 1g FA 2g | IM: 3 mL AD EV: 10 mL AD | 100 mL SF ou SG | 24h TA 7 dias Sob Refrigeração | 30 minutos | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ceftriaxona | FA 1g | IM: 3,5 mL Lidocaína 1% EV: 10 mL AD | 100 mL SF ou SG | 6h TA 24h Sob Refrigeração | 30 minutos | Não injetar mais de 1g em cada glúteo |
| Cetoprofeno | FA 100mg | 5mL AD | 100mL SF ou SG | 8h TA protegido da luz | 20 minutos | |
| Cetoprofeno | 50mg/mL AMP 2mL | NA | | Uso imediato | | |
| Ciprofloxacina | BOLSA 200mg/100mL | NA | NA | Uso Imediato | 60 minutos | |
| Cisatracúrio | 2mg/mL AMP 5mL | 2mg/mL | 100mL SF ou SG | Uso imediato | | |
| Clindamicina | AMP 600mg/4mL | NA | 100 mL SF | Uso imediato | 30 minutos | |
| Cloreto de potássio 10% | AMP 10mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | | Deve ser diluído antes da administração |
| Cloreto de sódio 20% | AMP 10mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | | Deve ser diluído antes da administração |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Clorpromazina | 5mg/mL AMP 5mL | NA | 500mL SF | Uso imediato | | |
| Deslanosídeo | 0,2mg/mL | NA | 8mL SF ou SG | Uso imediato | 1 a 5 minutos | |
| Dexametasona | 4mg/mL AMP 2,5mL | NA | 50mL SF ou SG | Uso imediato | EV direta – 1 minuto EV intermitente – 10 minutos IM - lentamente | |
| Dipirona | 500mg/mL AMP 2mL | NA | 18mL AD ou SF | Uso imediato | EV direto lentamente (não exceder 1mL/min) | |
| Dobutamina | 12,5mg/mL AMP 20mL | NA | 50mL SF ou SG | Uso imediato | BIC | Não recomendável uso puro. |
| Dopamina | 5mg/mL AMP 10mL | NA | 100-250mL SF ou SG | Uso imediato | 1 a 10 mcg/Kg/min | Não recomendável uso puro. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Efedrina | 50mg/mL AMP 1mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | EV direto lentamente – 10mg/minuto | |
| Enoxaparina Sódica | 40mg/0,4mL seringa preenchida | NA | | Uso imediato | Uso Subcutâneo | Não desprezar a bolha de ar que vem na seringa |
| Epinefrina | 1mg/mL AMP 1mL | NA | 9mL SF (1:10.000) | Uso imediato | ACM | Fotossensível. Pode ser administrada IM, SC ou EV(lento e diluído). |
| Etilefrina | 10mg/mL AMP 1mL | NA | SG ou SF | Uso imediato | Infusão intravenosa: 0,2-0,6mg/min | |
| Etomidato | AMP 2mg/mL | NA | | Uso imediato | EV direto – 1 minuto EV intermitente – 10 a 20 minutos | |
| Fenitoína | 50mg/mL AMP 5mL | NA | | Uso imediato | 50mg/minuto | Não é recomendada a diluição para infusão devido a baixa solubilidade e risco de precipitação. Se necessário diluir, 25 a 50mL de SF para 100mg de Fenitoína. |
| Fenobarbital | 100mg/mL AMP 2mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | EV direto - 3 a 5 minutos | Não exceder 60mg/min |
| Fentanila | 50mcg/mL AMP 2mL 50mcg/mL AMP 5mL 50mcg/mL AMP 10mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | EV direto - 5 a 10 minutos ou BIC | |
| Fitomenadiona | 10mg/mL IM AMP 1mL | NA | | Uso imediato | | |
| Fluconazol | BOLSA 200mg/100mL | NA | NA | Uso Imediato | 30 minutos | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Flumazenil | 0,1mg/mL AMP 5mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | *bolus* | |
| Furosemida | 10mg/mL AMP 2mL | NA | 18 mL AD ou SF | Uso imediato | EV direto: < 2min Infusão: 4mg/min | |
| Gentamicina | 40mg/mL AMP 2mL | NA | 100 mL SF | Uso Imediato | 30 a 120 minutos | |
| Glicose | AMP 25% AMP 50% | NA | | Uso imediato | | Uso endovenoso. |
| Gluconato de cálcio 10% | AMP 10mL | NA | 100mL SF ou SG | Uso imediato | 60 minutos | |
| Haloperidol | 5mg/mL AMP 1mL | NA | 100mL SG | Uso imediato | IM, EV direto – 1 minuto, EV intermitente – 30 minutos | |
| Heparina sódica endovenosa | 5.000 UI/mL FA 5mL | NA | SF ou SG | | 1000UI/minuto | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Heparina sódica subcutânea | 5.000 UI/0,25mL AMP 0,25mL | NA | | Uso imediato | Subcutânea | |
| Hidralazina | 20mg/Ml AMP 1mL | NA | 50mL SF | Uso imediato | EV direto: lento Infusão contínua: 50-200 mcg/min | |
| Hidrocortisona | FA 100mg | 2mL AD ou SF | 100mL SF ou SG | 24h TA 3 dias sob refrigeração | 30 minutos | |
| Hidrocortisona | FA 500mg | 4mL AD ou SF | 500mL SF ou SG | 24h TA 3 dias sob refrigeração | 30 minutos | |
| Hioscina (escopolamina) | 20mg/mL AMP 1mL | NA | 9mL AD ou SF | | EV direto lento | |
| Hioscina + Dipirona | 4mg/mL + 500mg/mL AMP 5mL | NA | 15mL SF ou SG | Uso imediato | 5 minutos | |
| Lidocaína 2% | AMP 5mL | NA | SG | Uso imediato | | Não recomendável uso puro. |
| Meropenem | FA 500mg FA 1g | 500mg: 10 mL AD 1g: 20 mL AD | 100 mL SF ou SG | 8h TA 48h Sob Refrigeração | 15 a 30 minutos | |
| Metoclopramida | 5mg/mL AMP 2mL | NA | 18mL AD ou SF | Uso imediato | 1 a 2 minutos | |
| Metronidazol | BOLSA 500mg/100mL | NA | NA | Uso imediato | 20 minutos (5ml/min) | |
| Midazolam | 1mg/mL AMP 5mL 5mg/mL AMP 3mL 5mg/mL AMP 10mL | NA | 100-1000mL SF ou SG | Uso imediato | EV direto – 2mg/minutos ou ACM | |
| Nalbufina | 10mg/mL AMP 1mL | NA | 9mL SF | Uso imediato | 10 a 15 minutos | |
| Naloxona | 0,4mg/mL AMP 1mL | NA | 100mL SF ou SG | Uso imediato | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nitroglicerina | 25mg/mL AMP mL | NA | 500mL SF ou SG | Uso imediato | | Não recomendável uso puro. |
| Nitroprussiato de sódio | 25mg/mL AMP 2mL | NA | 250-1000mL SG | Uso imediato | 0,5 a 10 mcg/Kg/min | FOTOSSENSÍVEL Não recomendável uso puro. |
| Norepinefrina (hemitartarato) | 2mg/mL AMP 4mL | NA | SG | Uso imediato | 2-4mcg/minuto ou ACM | Não recomendável uso puro. |
| Omeprazol | FA 40mg | 10mL diluente próprio | | 4h TA | ,5 minutos (Velocidade máxima: 4mL/min). | Apenas o omeprazol do laboratório Cristália tem estabilidade em SF e pode ser usado em BIC. |
| Ondansetrona | 2mg/mL AMP 2mL | NA | 50mL SF ou SG | Uso imediato | > 15 min | |

0071351

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Oxacilina | FA 500mg | IM: 2,7 mL AD<br>EV: 5 mL AD | 100mL SF ou SG | Reconstituído: 3 dias TA ou 1 semana Sob Refrigeração. Diluído: 6h TA | 30 minutos | |
| Pancurônio | 2mg/mL AMP 2mL | NA | SF ou SG | Uso imediato | EV direto - *bolus* | |
| Piperacilina + Tazobactam | FA 4,5g | 20 mL AD | 100 mL SF ou SG | 24h TA<br>48h Sob Refrigeração | 20 a 30 minutos | Incompatível com Ringer Lactato |
| Prometazina | 25mg/mL AMP 2mL | NA | | Uso imediato | Uso intramuscular | |
| Protamina | 1.000UI/mL AMP 5mL | NA | | Uso imediato | EV direto – 1 a 3 minutos | |
| Ranitidina | 25mg/mL AMP 2mL | NA | 20mL AD ou SF | Uso imediato | 2 minutos | |
| Sulfametoxazol + Trimetoprima | AMP 400mg+80mg/ 5mL | NA | 125-150ml SF ou SG | 6h TA | 30 a 60 minutos | Usar preferencialmente SG |
| Sulfato de magnésio 50% | AMP 10mL | NA | 250mL SF ou SG | Uso imediato | 30 a 60 minutos | Deve ser diluído antes da administração |
| Suxametônio | FA 100mg | EV – 10mL AD IM – 2mL AD | SF ou SG | 24 horas | ACM | |
| Teicoplanina | FA 200mg<br>FA 400mg | 3 mL AD | 200 mg: 100 mL<br>400 mg: 200 mL SF ou SG | 48h TA<br>7 dias Sob Refrigeração | 30 minutos | |
| Terbutalina | 0,5mg/mL AMP 1mL | NA | 100mL SG | Uso imediato | 20-30 gts/min | |
| Tramadol | 50mg/mL AMP 2mL | NA | 100mL SF ou SG | Uso imediato | 30 a 60 minutos | |
| Vancomicina | FA 500mg | 10 mL AD | 500mg: 100mL<br>1g: 200 mL<br>SF ou SG | 24h TA<br>14 dias Sob Refrigeração | 500mg: 1 horas<br>1g: 2 horas | |
| Vasopressina | 20U/mL AMP 1mL | NA | 200mL SF | Uso imediato | Uso SC, IM ou EV | |
| | | | ou SG | | bolus ou BIC ACM | |
| Vitaminas do complexo B | AMP 2mL | NA | 500mL SF ou SG | Uso imediato | | |

*LEGENDA:

NA: não se aplica FA: frasco-ampola AMP: ampola

IM: Intramuscular EV: Endovenoso SF: soro fisiológico 0,9%

SG: Soro glicosado 5% SC: Subcutâneo ACM: a critério médic

| MEDICAMENTO | APRESENTAÇÃO | VOLUME RECONSTITUIÇÃO | ESTABILIDADE APÓS RECONSTITUIÇÃO | SOLUÇÃO PARA INFUSÃO RECOMENDADA | CONCENTRAÇÃO USUAL/ VOLUME DE DILUIÇÃO USUAL | CONCENTRAÇÃO MÁXIMA/ VOLUME MÍNIMO PARA DILUIÇÃO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aciclovir | FA 250mg | AD 10mL | 12h TA | SF | 4mg/mL | 7mg/mL |
| Albumina Humana | 20% FA 50mL | NA | - | SF ou SG | 1:4 | - |
| Amicacina | AMP 50mg/mL 2mL<br><br>AMP 250mg/mL 2mL | NA | Uso imediato | SF ou SG | 5mg/mL | 10mg/mL |
| Aminofilina | 24mg/mL AMP 10mL | NA | Uso imediato | SF ou SG | 1mg/mL | 25mg/mL |
| Amiodarona | 50mg/mL AMP 3mL | NA | Uso imediato | SG | ACM | ACM |
| Ampicilina + sulbactam | FA 3g | AD 6,4mL | 8 horas TA | SF | 15mg/mL | 45mg/mL |
| Benzilpenicilina benzatina | FA 1.200.000UI | AD 4mL | Uso imediato | - | - | - |
| Benzilpenicilina Potássica | FA 5.000.000UI | AD 8mL | 24h TA<br>7 dias SR | SF ou SG | 50.000UI/mL (neonatos até 1 ano) e 100.000UI/mL (acima de 1 ano) | 500.000UI/mL (acima de 1 ano) |
| Bromoprida | 5mg/mL AMP 2mL | NA | Uso imediato | SF ou SG | 0,5mg/mL | 1mg/mL |
| Cefazolina | FA 1g | AD 10mL | 12h TA<br>24h SR | SF ou SG | 20mg/mL | 138mg/mL |
| Cefepime | FA 1g | AD 10mL | 24h TA 7 dias SR | SF ou SG | 10mg/mL | 40mg/mL |
| Ceftriaxona | FA 1g | AD 10mL | 6h TA<br>24h SR | SF ou SG | 10mg/mL | 40mg/mL |
| Cetoprofeno | FA 100mg | AD 5mL | 8h TA | SF ou SG | 0,66mg/mL | 1mg/mL |
| Ciprofloxacino | 200mg/100mL BOLSA | NA | - | - | - | - |
| Clindamicina | 150mg/mL AMP 4mL | NA | - | SF ou SG | 6mg/mL | 18mg/mL |
| Cloreto de potássio | 10% AMP 10mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |
| Cloreto de sódio | 20% AMP 10mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |
| Dexametasona | 4mg/mL AMP 2,5mL | NA | | SF ou SG | 50mL | 20mL |
| Diazepam | 5mg/mL AMP 2mL | NA | - | - | - | - |
| Dipirona | 500mg/mL | NA | - | SF ou SG | 25mg/mL | 50mg/mL |
| | AMP 2mL | | | | | |
| Dobutamina | 12,5mg/mL AMP 20mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |
| Epinefrina | 1mg/mL AMP 1mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |
| Fenitoína | 50mg/mL AMP 5mL | NA | - | SF | 2mg/mL | 4mg/mL |
| Fenobarbital | 100mg/mL AMP 2mL | NA | - | SF ou SG | 1mg/mL | 5mg/mL |
| Fentanila | 50mcg/mL AMP 2mL<br>50mcg/mL FA 10mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |

0079353

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fitomenadiona | 10mg/mL MM EV AMP 1mL | NA | - | - | - | - |
| Fluconazol | 200mg/100mL BOLSA | NA | - | - | - | - |
| Flumazenil | 0,1mg/mL AMP 5mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |
| Furosemida | 10mg/mL AMP 2mL | NA | - | SF | - | Acesso periférico: 12mg/mL Acesso central: 24mg/mL |
| Gentamicina | 40mg/mL AMP 2mL | NA | - | SF ou SG | 5mg/mL | 10mg/mL |
| Gluconato de cálcio | 10% AMP 10mL | NA | - | SF ou SG | ACM | ACM |
| Haloperidol | 5mg/mL AMP 1mL | NA | - | SF ou SG | 0,75mg/mL (SF) | 1mg/mL (SF) 3mg/mL (SG) |
| Hidrocortisona | FA 100mg | AD 2mL | 24h TA 3 dias SR | SF ou SG | 1mg/mL | 5mg/mL |
| Meropenem | FA 1g | 20mL AD | 8h TA 48h SR | SF ou SG | 10mg/mL | 50mg/mL |
| Metronidazol | 500mg/100mL BOLSA | NA | - | - | - | - |
| Midazolam | 1mg/mL AMP 5mL 5mg/mL AMP 3mL 5mg/mL AMP 10mL | NA | SF ou SG | ACM | ACM | ACM |
| Morfina | 10mg/mL AMP 1mL | NA | - | SF ou SG | 0,5mg/mL | 5mg/mL |
| Nalbufina | 10mg/mL AMP 1mL | NA | - | SF | 0,5mg/mL | 1mg/mL |
| Naloxona | 0,4mg/mL AMP 1mL | NA | - | SF ou SG | - | - |
| Nitroglicerina | 25mg/mL AMP 2mL | NA | - | SF ou SG | ACM (Infusão contínua 50-100mcg/mL) | ACM (Infusão contínua 400mcg/mL) |
| Nitroprussiato de sódio | 25mg/mL AMP 2mL | NA | - | SG | ACM (Infusão contínua 200mcg/mL) | ACM (Infusão contínua 1000mcg/mL) |
| Norepinefrina (hemitartarato) | 2mg/mL AMP 4mL | NA | - | SG | ACM (Infusão contínua 4mcg/mL) | ACM (Infusão contínua 16mcg/mL) |
| Omeprazol | FA 40mg | 10mL diluente próprio | - | - | - | - |
| Oxacilina | FA 500mg | AD 5mL | 3 dias TA 7 dias SR | SF ou SG | 10mg/mL | 40mg/mL (somente em acesso venoso central) |
| Piperacilina + tazobactam | FA 4,5g | AD 20mL | 24h TA 48h SR | SF ou SG | 20mg/mL | 200mg/mL |
| Ranitidina | 25mg/mL AMP 2mL | NA | - | SF ou SG | 0,5mg/mL | 2,5mg/mL |
| Sulfametoxazol + trimetoprima | AMP 400mg+80mg/ 5mL | NA | - | SF ou SG | 30mL de diluente para cada mL do medicamento | 15mL de diluente para cada mL do medicamento |
| Teicoplanina | FA 200mg | AD 3mL | 48h TA 7 dias SR | SF ou SG | 4mg/mL | 10mg/mL |
| Tramadol | 50mg/mL AMP 2mL | NA | - | SF ou SG | - | 1mg/mL |
| Vancomicina | FA 500mg | AD 10mL | 14 dias SR | SF ou SG | 0,5mg/mL | 5mg/mL |

*LEGENDA: NA: não se aplica FA: frasco-ampola AMP: ampola
IM: Intramuscular EV: Endovenoso SF: soro fisiológico 0,9%
SG: Soro glicosado 5% AD: água destilada ACM: a critério médico

## | 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS |


ANACLETO, T.A.; ROSA, M.B.; NEIVA, H.M.; MARTINS, M.A.P. Erros de medicação. **Pharmacia Brasileira.** Janeiro/Fevereiro 2010. Disponível em :<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf> Acessado em 08/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. 2013. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf> Acessado em 18/05/2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998.

BRASIL, 1999. Lei n.º 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei n.º 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 11 fev. 1999. Seção 1, 4 p.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-cirurgica. Cap. 30. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios hematológicos. Vol. 2. Nona Ed. Guanabara – Koogan. Rio de janeiro, 2011. Bula de medicamentos.

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, SHB; CHIERICATO, C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 67-75, dezembro 1999.

Centro de Farmacovigilância da UNIFAL – CEFAL. Alerta n°02, novembro de 2009.

Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. **Medication Errors.** 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.

Dicas para uma prescrição hospitalar. Organizado por: Eugenie Desirèe Rabelo Néri, Paulo Robson
Viana, Tatiana Amâncio Campos – Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Hospital Universitário Walter Cantídio. Gerência de Riscos Hospitalares, 2008. 36 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Administração de Medicamentos: Revisando uma prática de enfermagem.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FORMIGHIERI, Ramom Vinicius. Interações relatadas para medicamentos que compõem a lista da Farmácia Popular do Brasil. Porto Alegre, 2008.

FUQUA, R.A.; STEVENS, K.R. What we know about medication errors: a literature review. **J. Nurs. Qual Assur.**, v. 3, n. 1, p. 1-17, 1988.

0077355

Guia Farmacêutico 2012-2013 – Hospital Sirio Libanês – São Paulo SP- Brasil 6ª edição 2012.

KOROLKOVAS, Andrejus. Dicionário Terapêutico Guanabara. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan S.A., Edição 2013/2014.

LAZAROU, J.; POMERANZ, B. H.; COREY, P. N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA, v. 279, n. 15, p. 1200-1205, Apr. 1998.

MOURA, Mirian Ribeiro Leite e REYES, Felix Guillermo Reyes. Interação fármaconutriente: uma revisão. Rev. Nutr. [online]. maio/ago. 2002, vol.15, no.2, p.223- 238. Disponível em www.scielo.br.

Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia/ organizado por Eugenie Desirèe Rabelo Néri..et al. - Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário Walter Cantídio, 2008.

Schvartsman, C. Manual Farmacêutico 2011/2012. Claudio Schvartsman, David Salomão Lewi, Roberto Naum Franco Morgulis, Silvana Maria de Almeida (editores). São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2010. 480p

WOLF, Z.R. Medication errors and nursing responsibility. **Holistic Nurs.Practice**, v. 4, n. 1, p. 8- 17, 1989.

invisa
instituto
vida e saúde

# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS CAPACIDADE GERENCIAL

## EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES

### 1. Comprovação de Gestão de Unidades de Saúde com mais de 36 meses

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**
**SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA OPERACIONAL

O Estado do Maranhão, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ATESTA** para os devidos fins, que o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, nº. 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro / RJ, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, devidamente qualificada perante este Estado como Organização Social, celebrou Contrato de Gestão nº. 04/2016/SES, Processo nº. 160230/2016-SES, tendo como objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no **HOSPITAL REGIONAL DE BACABAL/MA**, este com 69 (sessenta e nove) leitos, tendo como especialidades: Urgência e Emergência em Clínica Médica, Traumato/Ortopedia e Neurocirurgia; com mais 30 (trinta) leitos de Clínica Médica e 05 (cinco) de Unidade de Cuidados Intensivos – UCI para RETAGUARDA CLÍNICA, totalizando 104 (cento e quatro) leitos, com Prestação de Serviços de Apoio em Diagnóstico - SADT e **CENTRO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE DO SHOPPING DA CRIANÇA (BACABAL/MA)** com ambulatórios nas especialidades de Pediatria e Neuropediatria e serviços de assistência de Equipe Multidisciplinar composta por: Assistente Social, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Psicólogos, Psicopedagogos, Terapeutas Ocupacionais e Educadores Físicos. O Contrato teve início em 01 de agosto de 2016, estando vigente até a presente data, executado em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

São Luís/MA, 20 de julho de 2023.

**Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão**
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde
ID: 865006-03

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203624
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35440-CJE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

00[illegible]353

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA OPERACIONAL

O Estado do Maranhão, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ATESTA** para os devidos fins, que o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, nº. 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro / RJ, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, celebrou o Termo de Parceria nº. 002/2015/SES, Processo nº. 48.481/2015-SES, tendo como objeto a operacionalização dos serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar, média e alta complexidade – MAC, nas Unidades de Saúde do **HOSPITAL NINA RODRIGUES**, este com 152 (cento e cinquenta e dois) leitos e tendo as seguintes especialidades: Tratamento Psiquiátrico, Urgência, Emergência em Psiquiatria e Prestação de Serviços de Apoio em Diagnóstico – SADT. (CAPS AD, CAPS III, RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS I, II e III, UNIDADE DE ATENDIMENTO – UA/COHAB); **HOSPITAL DR. RAIMUNDO ALEXANDRINO DE SOUZA LIMA – SÃO LUÍS/MA**, com 46 (quarenta e seis) leitos, tendo como especialidade: Cardiovascular e 06 (seis) leitos de Unidade de Cuidados Intensivos; **HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE MURAD – VIANA/MA**, com 28 (vinte e oito) leitos, tendo como especialidades: Urgência e Emergência em Clínica Médica; e **HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**, com 56 (cinquenta e seis) leitos tendo as especialidades: Urgência e Emergência em Clinica Medica, Pediatria e Ginecologia Obstetrícia. O Contrato teve início em 11 de maio de 2015, estando vigente até a presente data, executado em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

São Luís/MA, 20 de julho de 2023.

**Katia Cristina de Castro Veiga Trovão**
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde
ID: 865006-03

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203623
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EEOK35439-OCI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**TERMO DE PARCERIA Nº. 002/2015/SES**
**PROCESSO N° 48.481/2015-SES**

**TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO,PARA OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DE APOIO TÉCNICO AMBULATORIAL E HOSPITALAR, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, NAS UNIDADES DE SAÚDE, ORIUNDO DO PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO DE OSCIP'S, DE QUE TRATA O PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 48.481/2015/SES.**

**O ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Av. Professor Carlos Cunhas/n – Calhau – 65.076-820 – São Luís – Maranhão, neste ato representado pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Sr. **MARCOS ANTONIO BARBOSA PACHECO**, brasileiro, casado, médico (CRM – 2124), portador do RG. nº. 356.290 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 236.569.133-15, residente e domiciliado na Rua 20, Qd. P, Casa 07, Bairro Cohaserma, São Luis – MA, doravante denominada **PARCEIRA PÚBLICA** e o **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada **OSCIP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n° 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, conforme consta do Certificado SNJ-MJ nº 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada, na forma de seu estatuto, por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, e RG nº 93-1-03907-0 – CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277, Sobrado, Centro, Itacoara/RJ, com fundamento na Lei Federal n° 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal n° 3.100, de 30 de junho de 1999, e no Processo Administrativo n° **48.481/2015-SES**, resolvem firmar o presente **TERMO DE PARCERIA**, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente **TERMO DE PARCERIA** tem por objeto a operacionalização dos serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar, média e alta complexidade, nas Unidades de Saúde **HOSPITAL NINA RODRIGUES, CAPS AD, CAPS III, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III, UNIDADE DE ATENDIMENTO TRANSITÓRIO - UAT COHAB, HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD – VIANA, HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO, HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES**, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203788
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43738-LLG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA01627B
Rua dos Leites, nº 69, sala nº 123, GL Por do Sol - RJ - (22)3853-1140
AUTENTICACAO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 10 de julho de 2015. JULIANA
20% R$: 0,22 - 5% R$: 0,23 - 5% R$: 0,23 - 4% R$: 0,18
Selo: EBRA07215-HBA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS
Rua dos Leites, nº 69
Sala 123 - Centro
Galeria Por do Sol
SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA - RJ

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

a) O Anexo I – Perfil das Unidades de Saúde

| PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Unidade de Saúde: | Hospital Nina Rodrigues | | | | | | | | |
| SERVIÇOS OFERECIDOS | | | | RECURSOS HUMANOS | | | | | |
| AMBULATÓRIO | PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS | CÓDIGO | QTD/ mês | MÉDICOS - Nina Rodrigues | QTD | OUTRAS ESPECIALIDADES | QTD | OUTRAS ESPECIALIDADES | QTD |
| Urgência em Psiquiatria | Educação em Saúde | 0101010001 | 465 | Psiquiatra - Pronto Atendimento | 14 | Nina Rodrigues | | EAP SÃO LUÍS | |
| Consultas Médicas/ Outros Prof. de Nível Superior em Atenção Especializada | Teste Realizado Fora da Estrutura de Laboratório | 0214010007 | 300 | Clínico Geral - Plantão | 19 | Agente de Portaria | 59 | Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| Diagnóstico em Laboratório Clínico | Consulta Médicas/ Outros Profissionais de nível Superior | 0301010005 | 17299 | Intensivista - Plantão | 14 | AOSG | 32 | Assistente Administrativo | 1 |
| Diagnóstico P imagem (Radiologia) | Outros Atendimentos realizados Por profissionais de Níveis S | 0301040001 | 85 | Psiquiatra - Ambulatório | 8 | Apoio (AOSG Homem) | 28 | Enfenneiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental ou saúde prisional por 02 anos | 1 |
| Diagnóstico P/ Métodos Gráficos (ECG) | Atenção domiciliar | 030150007 | 88 | Neurologista - Ambulatório | 1 | Assistente Administrativo | 62 | Médico Psiquiatra ou especialista em saúde mental | 1 |
| Fisioterapia | Atendimento / Acompanhamento em reabilitação Física, mental V | 0301070008 | 150 | | | Assistente Social | 7 | Terapeuta Ocupacional especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental ou saúde prisional por 02 anos | 1 |
| Atenção Domiciliar | Consulta / Atendimento as Urgências (em geral) | 0301060002 | 4390 | | | Cozinheira | 9 | Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental ou saúde prisional por 02 anos | 1 |
| Atenção Psicossocial | Atendimento / Acompanhamento Psicossocial | 0301080003 | 194 | | | Enfermeiro | 49 | motorista | 1 |
| Reabilitação | Atendimento de Enfermagem (em geral) | 0301100004 | 15095 | | | Farmacêutico | 6 | EAP CAXIAS | |
| Pequenas Cirurgias | Assistente fisioterapeutica nas alterações em Neurologia | 0302060006 | 240 | | | Fisioterapeuta | 10 | Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| | Pequenas Cirurgias | 0401010007 | 33 | | | Fonoaudiólogo | 1 | Assistente Administrativo | 1 |
| | Procedimentos Específicos / INTERNAÇÕES | | | | | Maqueiro | 10 | Enfermeiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| INTERNAÇÕES / CLÍNICAS | Tipo De Leito | | | Leitos no SUS / CNES | Qtd de Internações por mês | Monitor de Dependente Químico | 6 | Médico Psiquiatra ou especialista em saúde mental | 1 |



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203789
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43739-LOD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

1380

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clínica Médica (Leitos de retaguarda) | Clínico | 50 | 273 |
| Unidade de Cuidados intermediários | Psiquiatria | 103 | 103 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Motorista | 13 | Advogado | 1 |
| Nutricionista | 10 | Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde menta ou saúde prisional por 02 anos | 1 |
| Psicólogo | 12 | motorista | 1 |
| Recepcionista | 5 | **OUTRAS ESPECIALIDADES** | **QTD** |
| Técnico em Nutriçã o | 2 | **EAP IMPERATRIZ** | |
| Técnico de Enfermagem | 112 | Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| Técnico de Nivel Superior | 11 | Assistente Administrativo | 1 |
| Técnico em Segurança do trabalho | 2 | Enfermeiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| Telefonista | 2 | Médico Psiquiatra ou especialista em saúde mental | 1 |
| Terapeuta ocupacional | 6 | Farmacêutico | 1 |
| **OUTRAS ESPECIALIDADES** | **QTD** | Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde menta ou saúde prisional por 02 anos | 1 |
| **Núcleo de Perícia** | | motorista | 1 |
| Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em | 1 | | |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203790
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,29
Selo: EEOL43740-LJE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
2º OFÍCIO DE JUSTIÇA Leites, 69 - Centro Por do Sol

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203791
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,51
Selo: EEOL43741-CCG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE JUSTIÇA Santo Antônio Pádua RJ
SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA - RJ

0071362

| | |
|---|---|
| saúde mental por 02 anos | |
| Assistente Administrativo | 1 |
| Enfermeiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| Médico Psiquiatra | 3 |
| Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 1 |
| Responsável Técnico de Nível Superior | 1 |

**PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE**

| Unidade de Saúde: | Hospital Nina Rodrigues |
|---|---|

**RECURSOS HUMANOS**

| Centro de atenção Psicossocial III - São Luís | | Centro de atenção Psicossocial - Álcool e Drogas - São Luís | | Residência Terapêutica I | | UAT - COHAB | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIALIDADES | QTD | ESPECIALIDADES | QTD | ESPECIALIDADES | QTD | ESPECIALIDADES | QTD |
| Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 3 | Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 2 | Cuidadores | 6 | Assistente Social com especialidade em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 6 |
| Assistente Administrativo | 1 | Assistente Administrativo | 2 | Responsável Técnico de Nível Superior | 1 | Assistente Administrativo | 6 |
| Enfermeiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 5 | Enfermeiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 3 | Vigia | 5 | Enfermeiro Psiquiatra ou especialista em saúde mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 6 |
| Farmacêutico | 1 | Farmacêutico | 1 | Cozinheiro | 2 | Educador Físico | 6 |
| Médico Psiquiatra | 1 | Médico Psiquiatra | 1 | | | Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 6 |
| Médico Clínico | 1 | Médico Clínico | 1 | Residência Terapêutica II | | Técnico em enfermagem | 6 |
| Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 4 | Psicólogo Especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 2 | ESPECIALIDADES | QTD | Terapeuta Ocupacional especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental por 02 anos | 6 |



1382

| | |
|---|---|
| Técnico em enfermagem | 12 |
| Recepcionista | 3 |
| Terapeuta Ocupacional especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental ou saúde prisional por 02 anos | 2 |
| Vigia | 3 |
| Responsável Técnico de Nível Superior | 1 |
| Monitor | 3 |
| Arteterapeuta | 1 |
| Educador Físico | 1 |

| Procedimentos Específico realizados | Código | QTD |
|---|---|---|
| Educação em Saúde | 0101010001 | 4000 |
| Consultas / Acompanhamentos / Atendimentos | 0301000000 | 7704 |
| Outros Procedimentos realizados por profissionais de nível superior | 0301040001 | 5100 |
| Assistência Domiciliar por equipe Multiprofissional | 0301050031 | 10 |
| Consultas / Atendimento às urgências em geral | 0301060002 | 330 |
| Atendimento / Acompanhamento Psicossocial | 0301080003 | 4790 |
| Atendimentos de Enfermagem em geral | 0301100004 | 28200 |

| | |
|---|---|
| Técnico em enfermagem | 4 |
| Recepcionista | 1 |
| Terapeuta Ocupacional especialista em Saúde Mental ou experiência em saúde mental ou saúde prisional por 02 anos | 2 |
| Educador Físico | 2 |
| Responsável Técnico de Nível Superior | 1 |
| Motorista | 1 |
| Cozinheira | 1 |
| Arteterapeuta | 3 |

| | |
|---|---|
| Cuidadores | 6 |
| Responsável Técnico de Nível Superior | 1 |
| Vigia | 5 |
| Cozinheiro | 2 |

| Residência Terapêutica III | |
|---|---|
| ESPECIALIDADES | QTD |
| Cuidadores | 6 |
| Responsável Técnico de Nível Superior | 1 |
| Vigia | 5 |
| Cozinheiro | 2 |

| | |
|---|---|
| Vigia | 6 |
| Responsável Técnico de Nível Superior | 6 |
| Cuidadores | 6 |

| Procedimentos Específico Realizados | Código | QTD |
|---|---|---|
| Atendimento / Acompanhamento Psicossocial | 0301080003 | 4790 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203792
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,53
Selo: EEOL43742-EDO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

| PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hospital Regional Dr. Jose Murad | | | | | | | |
| SERVIÇOS OFERECIDOS | | | | RECURSOS HUMANOS | | | |
| | PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS | CÓDIGO | QTD/mês | MÉDICOS | QTD | OUTRAS ESPECIALIDADES | QTD |
| Consulta / Atendimento às Urgências | Exames Bioquímicos | 0202010007 | 6600 | Clínico Geral | 7 | Agente de Portaria | 6 |
| Diagnóstico em Laboratório Clínico | Exames Hematológicos e Hemostasia | 0202020002 | 600 | Cirurgião | 1 | Auxiliar Operacional de Serviços gerais | 17 |
| Diagnóstico P Imagem (Ultrassonografia) | Exames Sorológicos e Imunológicos | 0202030008 | 2200 | Ultrassonografia | 1 | Assistente Administrativo | 9 |
| Diagnóstico P/ Métodos Gráficos (ECG) | Exames Coprológicos | 020204127 | 1500 | | | Enfermeiros | 6 |
| | Exames de Uroanálise | 0202050009 | 300 | | | Farmacêutico | 1 |
| INTERNAÇÕES / CLÍNICAS | Ultra - Sonografia dos demais Sistemas | 0205020003 | 3400 | | | Faturista | 1 |
| Clínica Médica | Consulta Médica / outros Profissionais de Nível superior | 0301010005 | 2422 | | | Motorista | 5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clínica Cirúrgica | Consulta / Atendimento as urgências (em geral) | 0301060002 | 4485 |
| Clínica Obstétrica | Atendimentos de enfermagem (em geral) | 0301100004 | 2295 |
| | Tratamento de doenças da pele e do tecido Subcutâneo | 0303080000 | 300 |
| Pequenas Cirurgias | | 0401010007 | 1617 |
| Cirurgia de Vias aéreas superiores e pescoço | | 0404010300 | 5 |
| Cirurgia na Face do sistema estomatologia | | 0101020003 | 500 |
| Membros inferiores | | 0408050004 | 5 |

| PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS / INTERNAÇÕES | | |
|---|---|---|
| Tipo de Leito | Qtd SUS / CNES | Qtd / Mês |
| Cirúrgico | 8 | 64 |
| Clínico | 5 | 27 |
| Obstétricos | 4 | 46 |
| Pediátricos | 3 | 15 |

| | |
|---|---|
| Recepcionistas | 5 |
| Técnico de Radiologia | 3 |
| Técnico em Nível Superior | 1 |
| Técnicos de enfermagem | 31 |
| Técnico em manutenção | 2 |
| Cozinheira | 2 |
| Nutricionista | 1 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203807
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$. 1,48 - 5% R$. 0,37 - 5% R$. 0,37 - [illegible] Total R$. 12,91
Selo. EEOL43757-GEC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

## PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE

**Unidade de Saúde:** Hospital Geral de Monção

### SERVIÇOS OFERECIDOS

| AMBULATÓRIO | PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS | CÓDIGO | QTD/mês |
|---|---|---|---|
| Consulta / Atendimento às Urgências em Geral | Exames Bioquímicos | 0202010007 | 1554 |
| Consulta Médica / outros Prof. de Nível Superior | Exames hematológicos e Hemostasia | 02020002 | 560 |
| Diagnóstico P imagem (Rx/Ultrassonografia) | Exames Sorológicos e Imunológicos | 0202030008 | 172 |
| Diagnóstico P/ Métodos Gráficos (ECG) | Exames Coprologicos | 0202040003 | 149 |
| Fisioterapia | Exames de uroanálise | 0202050009 | 240 |
| Procedimentos Traumato Ortopédicos | Exames Hormonais | 0202060004 | 77 |
| Pequenas Cirurgias | Exames Microbiológicos | 0202080005 | 99 |
| | Exames Imunohematologicos | 02022007 | 51 |
| INTERNAÇÕES / CLÍNICAS | Exames Radiológicos da cabeça e Pescoço | 0104010004 | 2 |
| Clínica Médica | Exames Radiológicos da Coluna Vertebral | 0204020000 | 2 |
| Clínica Cirúrgica | Exames Radiológicos de Tórax e Mediastino | 0204030005 | 4 |
| Ortopedia traumatologia | Exames Radiológicos de Cintura Escapular e dos Membros Super | 0204040000 | 9 |
| Clínica Pediátrica | Ultrassonografia dos Demais Sistemas | 0205020003 | 5 |
| Clínica Obstétrica | Diagnostico em Cardiologia | 0211020001 | 201 |
| Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) | Diagnostico do Teste Rápido | 0214000001 | 10 |
| Consulta Médica/ outros Profissionais com de Nível Superior | | 0301010005 | 1676 |
| Consulta Atendimento de as Urgências (em geral) | | 0301060002 | 2940 |
| Atendimento de Enfermagem (em geral) | | 0301100004 | 1300 |

| PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS / INTERNAÇÕES | | |
|---|---|---|
| Tipo de Leito | Qtd SUS / CNES | Qtd / Mês |
| Cirúrgico | 10 | 80 |
| Ortopédicos | 10 | 80 |
| Clínicos | 14 | 76 |

### RECURSOS HUMANOS

| MÉDICOS | QTD |
|---|---|
| Pediatra | 7 |
| Clínico Geral | 14 |
| Ginecologista / Obstetra | 7 |
| Anestesiologista | 7 |
| Ortopedista | 7 |
| Ultrassonografia | 7 |

| OUTRAS ESPECIALIDADES | QTD |
|---|---|
| Assistente Administrativo | 33 |
| Farmacêutico | 3 |
| Faturista | 1 |
| Recepcionista | 12 |
| Nutricionista | 2 |
| Enfermeiro | 28 |
| Técnico de Laboratório | 5 |
| Técnico em Enfermagem | 129 |
| Auxiliar operacional de Serviços Gerais | 6 |
| Assistente Social | 3 |
| Fisioterapeuta | 3 |
| Técnico em Radiologia | 8 |
| Técnico em Imobilização Ortopédico | 5 |
| Motorista | 7 |
| Agente de Portaria | 8 |
| Maqueiro | 11 |

| | | |
|---|---|---|
| Obstétricos | 8 | 91 |
| Pediátricos | 3 | 15 |

**PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE**

**Hospital Geral de Lago dos Rodrigues**

**SERVIÇOS OFERECIDOS**

| | PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS | CÓDIGO | QTD/mês |
|---|---|---|---|
| Consulta / Atendimento às Urgências em Geral | Exames Bioquímicos | 0202010007 | 955 |
| Consulta Médica / outros Prof. de Nível Superior em atenção especializada | Exames hematológicos e Hemostasia | 02020002 | 370 |
| Diagnóstico para Laboratório Clínico | Exames Sorológicos e Imunológicos | 0202030008 | 140 |
| Diagnóstico por Imagem (Radiologia) | Exames Coprologicos | 0202040003 | 220 |
| Diagnóstico por Métodos Gráficos (Eletrocardiograma) | Exames de uroanalise | 0202050009 | 230 |
| Pequenas Cirurgias | Exames Hormonais | 0202060004 | 10 |
| | Exames Radiológicos do Tórax e Mediastino | 0204030005 | 250 |
| | Exames Radiológicos da Cintura Escapular e dos Membros Super | 0204040000 | 89 |
| | Exames Radiológicos da Abdômen e Pelve | 0204050006 | 25 |
| | Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e dos Membros Inferiores | 020206001 | 99 |
| | Procedimentos Clínicos | 0300000006 | 0 |
| | Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos | 0301000000 | 0 |
| | Consultas medicas / Outros Profissionais de Nível Superior | 0301010005 | 1624 |
| | Consulta/ Atendimento as Urgências (em geral) | 0301060002 | 1450 |
| | Atendimentos de Enfermagem (em geral) | 0301100004 | 620 |
| | Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo | 0401000001 | 0 |
| | Pequenas Cirurgias | 0401010007 | 133 |
| | Outras Cirurgias | 0415000009 | 0 |
| | Procedimentos Cirúrgicos Gerais | 0415040000 | 8 |

**PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS REALIZADOS / INTERNAÇÕES**

| | | |
|---|---|---|
| Tipo de Leito | Tipo de Leito | Tipo de Leito |
| Cirúrgico | Cirúrgico | Cirúrgico |
| Clínico | Clínico | Clínico |
| Obstétrios | Obstétrios | Obstétrios |
| Pediátricos | Pediátricos | Pediátricos |

**RECURSOS HUMANOS**

| MÉDICOS | QTD |
|---|---|
| Clínico Geral | 7 |
| Cirurgião Obstetra | 7 |

| OUTRAS ESPECIALIDADES | QTD |
|---|---|
| Técnico Nível Superior | 2 |
| Assistente Administrativo | 1 |
| Recepcionista | 4 |
| Agente de Portaria | 8 |
| Técnico de Radiologia | 2 |
| Enfermeiros | 7 |
| Técnicos de Enfermagem | 33 |
| Recepcionista | 4 |
| Agente de Portaria | 8 |
| Técnico de Radiologia | 2 |
| Enfermeiros | 7 |
| Técnicos de Enfermagem | 33 |
| Farmacêutico | 1 |
| Motorista | 5 |
| Assistente Social | 1 |
| Técnico de Laboratório | 3 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203808
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,[illegible] Total R$: 12,91
Selo: EEOL43758-COC Consulte em http://www4.tjrj.jus.br/sitepublico
2º OFÍCIO DE JUSTIÇA
os Leites, 69
23 - Centro
Por do Sol



1385

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203809
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAFAELINE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAFAELINE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43759-IDI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

b) O Anexo II – Grupo... respectivos valores limites de execução para cada Unidade de Saúde.-

| GRUPO 02 | R$ 4.680.000,00 |
|---|---|
| HOSPITAL NINA RODRIGUES | |
| CAPS AD | |
| CAPS III | |
| RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I | R$ 2.165.000,00 |
| RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II | |
| RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III | |
| UNIDADE DE ATENDIMENTO TRANSITÓRIO - UAT COHAB | |
| HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD - VIANA | R$ 305.000,00 |
| HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO | R$ 1.930.000,00 |
| HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES | R$ 280.000,00 |

c) O Anexo III – Programa de trabalho, contemplando metas e prazos de execução, critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores da qualidade e produtividade, nos termos do item 4.3, "c", do Edital, bem como do Projeto apresentado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**
O Plano Descritivo poderá ser revisto de comum acordo entre as **PARCEIRAS**, por meio de:

I – Registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na **Cláusula Quinta**;

II – Celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na **Cláusula Quinta** deste instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PLANO DESCRITIVO, DAS METAS E DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**
O detalhamento dos objetivos do Projeto ora pactuado consta do Projeto proposto pela **OSCIP** e aprovado pela **PARCEIRA PÚBLICA**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O Plano Descritivo proposto pela **OSCIP** e aprovado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** inclui, dentre outras, as atividades descritas nos **PERFIS DAS UNIDADES**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**
As **PARCEIRAS** acordam em estabelecer critérios de avaliação de desempenho, com os respectivos indicadores de resultados descritos nos PERFIS DAS UNIDADES.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES**
Constituem responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste **TERMO DE PARCERIA**:

I – da **OSCIP**

a) executar com fidelidade o Plano aprovado pela **PARCEIRA PÚBLICA**, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando o aprimoramento constante da eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

b) observar, no curso da execução de suas atividades, as orientações emanadas pela **PARCEIRA PÚBLICA**, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c) responsabilizar-se, integralmente, pelos encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referentes aos recursos humanos empregados na execução do objeto deste **TERMO DE PARCERIA**, inclusive os eventualmente decorrentes do ajuizamento de demandas judiciais, bem como por todos os ônus tributários ou extraordinários, devidos em função do presente ajuste, excluída qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária da **PARCEIRA PÚBLICA**;

d) promover, até 60 dias após o término de vigência do presente ajuste, a publicação integral, no Diário Oficial do Estado, extrato de relatório de execução física e financeira do Termo de Parceria, nos moldes do Anexo II do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

e) movimentar os recursos financeiros objeto deste **TERMO DE PARCERIA**, em conta bancária específica, a ser aberta em banco a ser indicado pelo órgão parceiro;

f) Contratar pessoal qualificado para a execução das atividades previstas neste Termo de Parceria determinada pela Contratante, especialmente, no manejo dos sistemas informatizados da unidade de saúde, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais, resultantes da execução do objeto desta avença;

g) Zelar pela constante qualificação, capacitação e avaliação do pessoal contratado, apresentando à Secretaria de Saúde comprovantes de disponibilização de cursos de qualificação e capacitação, além das avaliações periódicas;

h) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

i) Instalar nas Unidades Ambulatoriais e/ou Hospitalares, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades;

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

k) Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203810
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - Padua - (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAMONE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43760-LEF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

l) Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

m) 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;

n) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

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

p) Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento, as comissões previstas em normas do Ministério da Saúde, especialmente:

i) Comissão de Prontuário Médico;
ii) Comissão de Óbitos;
iii) Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;

q) Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, em caso de solicitação, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
i) Nome do paciente
ii) Nome da Unidade de atendimento
iii) Localização do Serviço/Hospital (endereço, município,estado)
iv) Motivo do atendimento (CID-10)
v) Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
vi) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

r) Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via o relatório a que se refere o alínea "q" desta Cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

s) Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alimentação.

t) A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão da OSCIP, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

u) Manter a rouparia e o enxoval de cada Unidade de Saúde, de acordo com as normas do SUS, zelando para que o estoque seja sempre suficiente para o atendimento ao público em geral.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAFAELANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAFAELA CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43761-OCA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203811
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE JUSTIÇA Santo Antonio de Pádua



1393

v) Manter os sistemas de atendimento e de estoque atualmente existentes nas Unidades de Saúde, bem como zelar manutenção dos dados já inseridos.

w) Estabelecer metas de procedimentos a serem realizados pelos profissionais que integrarem o seu quadro, conforme estabelecido no Termo de Parceria.

x) As Compras e o Armazenamento de material e medicamentos ficarão a cargo da **CONTRATADA**, o que pode ser alterado posteriormente, a critério da Administração Pública.

II – **DA PARCEIRA PÚBLICA**

a) Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;

b) acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste **TERMO DE PARCERIA**, através da Comissão de Fiscalização;

c) repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos na **Cláusula Quinta**;

d) publicar, no Diário Oficial, extrato deste **TERMO DE PARCERIA** e de seus eventuais Termos Aditivos ou Apostilamentos;

e) no âmbito de suas específicas atribuições, prestar o apoio necessário à **OSCIP**, com vistas ao integral aperfeiçoamento do objeto avençado neste **TERMO DE PARCERIA**;

f) Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento;

g) Inventariar e avaliar os bens das Unidades de Saúde, objeto deste Termo de Parceria, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Será responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, o representante legal da **OSCIP**, previamente habilitado, cujo nome também constará do extrato deste **TERMO DE PARCERIA** a ser publicado pela **PARCEIRA PÚBLICA**, de acordo com o Anexo I do Decreto Federal nº 3.100, de 1999.

**CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E PAGAMENTO**

As despesas decorrentes deste Termo de Parceria onerarão as seguintes dotações orçamentárias:

| | |
|---|---|
| Unidade Orçamentária | – 21901 |
| Função | – 10 |
| Subfunção | – 302 |
| Programa | – 0559 |
| Ação | – 4562 |
| Plano Interno | – FUNCREDE |
| Fonte | – 108 |
| Natureza da Despesa | – 3390.00 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203812
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl Por do Sol - Cep: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: ARIANA E.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. ARIANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43762-ECF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

| | |
|---|---|
| Unidade Orçamentária | – 21901 |
| Função | – 10 |
| Subfunção | – 302 |
| Programa | – 0559 |
| Ação | – 4562 |
| Plano Interno | – FUNCREDE |
| Fonte | – 121 |
| Natureza da Despesa | – 3390.00 |




**PARÁGRAFO PRIMEIRO**
Os recursos repassados pela **PARCEIRA PÚBLICA** à **OSCIP**, enquanto não utilizados, deverão ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser demonstrados e revertidos exclusivamente à execução do objeto deste **TERMO DE PARCERIA.**

**PARÁGRAFO SEGUNDO**
A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSCIP**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**
A **PARCEIRA PÚBLICA**, no processo de acompanhamento e supervisão deste **TERMO DE PARCERIA**, poderá recomendar a modificação de valores e a revisão das metas - a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada a medida e aceita pelas **PARCEIRAS**, de comum acordo, devendo, nesses casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**CLÁUSULA QUINTA**
No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em **R$ 56.160.000,00 (cinqüenta e seis milhões, cento e sessenta mil reais)**, sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas estimadas mensais de **R$ 4.680.000,00 (quatro milhões, seiscentos e oitenta mil reais).**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**
As parcelas mensais serão pagas em até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**
Os recursos a serem repassados à entidade serão efetuados em parcelas mensais somente após a apresentação de Notas Fiscais e Relatórios Procedimentais detalhados, ambos obrigatoriamente atestados pelo Gestor da Unidade de Saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**
Os pagamentos serão feitos na razão entre o quantitativo de serviços efetivamente prestados e as metas estabelecidas.

**CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**
A **OSCIP** elaborará e apresentará à **PARCEIRA PÚBLICA** a prestação de contas do adimplemento do objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos por força deste **TERMO DE PARCERIA**, até sessenta dias após o seu término e, a qualquer tempo, por solicitação da **PARCEIRA PÚBLICA**.

0043371

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**
A **OSCIP** deverá entregar à **PARCEIRA PÚBLICA** a prestação de contas instruída com os seguintes documentos:

I – relatório sobre a execução do objeto do **TERMO DE PARCERIA**, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e das despesas realizadas na execução do objeto, que tenham por base os recursos públicos, bem como, em sendo o caso e após a devida autorização da **PARCEIRA PÚBLICA**, demonstrativo de igual teor dos recursos da própria **OSCIP**, assinados, em qualquer hipótese, pelo contador e pelo responsável da **OSCIP**, indicado no **Parágrafo Único da Cláusula Terceira**;

III – extrato da execução física e financeira publicado no Diário Oficial do Estado, na forma do Anexo II do Decreto nº 3.100, de 1999;

IV – parecer e relatório de auditoria independente, contratada para exame contábil e pericial da aplicação dos recursos públicos repassados.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o *inciso* II, do Parágrafo Primeiro, deverão ser arquivados na sede da OSCIP, pelo prazo de dez anos.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Os responsáveis pela fiscalização deste **TERMO DE PARCERIA**, ao tomarem conhecimento de eventual irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública, por parte da OSCIP, deverão dar imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o disposto no artigo 12 da Lei nº 9.790, de 1999.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS**
Os resultados atingidos com a execução deste **TERMO DE PARCERIA** deverão ser analisados pela Comissão Permanente de Avaliação, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde, que emitirá trimestralmente, relatório comparativo e conclusivo, com base nos indicadores de desempenho estabelecidos na Cláusula Segunda deste instrumento, encaminhando-o ao Secretário da Pasta.

**CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**
O prazo de vigência do presente Termo de Parceria será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de 12 de maio de 2015, podendo ser prorrogado, nos termos da Lei Federal nº 9.790/99, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

**CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO**
A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas na Lei 9.579/2012.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**
Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203762
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43712-OGG Consulte em https://www.selo.tjrj.jus.br/sitepublico



1391

**PARÁGRAFO SEGUNDO**
A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE.**

**CLÁUSULA DEZ – DAS PENALIDADES**
A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei 8.666/93, quais sejam:

a) Advertência;

b) Multa de 1% sobre o valor da parcela mensal destinada à Unidade de Saúde em que praticada a infração ou 1% sobre o valor global da parcela mensal destinada ao Grupo objeto do contrato, nos casos em que a infração não estiver relacionada com a prestação de serviços na Unidade;

c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**
A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

**PARÁGRAFO SEGUNDO**
As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

**PARÁGRAFO TERCEIRO**
Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO QUARTO**
O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

**PARÁGRAFO QUINTO**
A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

**CLÁUSULA ONZE - DA MODIFICAÇÃO**
Este **TERMO DE PARCERIA** poderá ser modificado, de comum acordo entre as **PARCEIRAS**, em qualquer de suas cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, desde que o interesse seja manifestado, previamente, por escrito.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203763
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE ERIKA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43713-AAG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1391

**CLÁUSULA DOZE – DO FORO**
Fica eleito o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões objeto do presente contrato, renunciando as **PARCEIRAS** a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e acordados, firmam as **PARCEIRAS** o presente **TERMO DE PARCERIA** em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo identificadas.

São Luís (MA), 07 de maio de 2015.

**MARCOS ANTONIO BARBOSA PACHECO**
Secretário de Estado da Saúde do Maranhão
PARCEIRO PÚBLICO

**DENNER ORNELLAS CORTAT**
pelo **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**
OSCIP

TESTEMUNHAS:

1
CPF: 987.902.503-59

2
CPF:

*Werbson Guimarães Lima*
Chefe do Departamento de
Contratos e Convênios/SES-MA
Mat.: 2466878

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203764
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodicao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE ROSA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43714-ALA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0071314

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

# EXTRATO DO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES

**REF.:** Processo nº 48.481/2015-SES - **PARTES: O ESTADO DO MARANHÃO,** através da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** doravante denominada PARCEIRA PÚBLICA e o **INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** doravante denominada OSCIP – **OBJETO:** Operacionalização dos serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar, média e alta complexidade, nas Unidades de Saúde HOSPITAL NINA RODRIGUES, CAPS AD, CAPS III, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III, UNIDADE DE ATENDIMENTO TRANSITÓRIO - UAT COHAB, HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD – VIANA, HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO, HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES – **VALOR GLOBAL:** R$ 56.160.000,00 (cinqüenta e seis milhões, cento e sessenta mil reais) **DOTAÇAO ORÇAMENTÁRIA:**

| | |
|---|---|
| Unidade Orçamentária | – 21901 |
| Função | – 10 |
| Subfunção | – 302 |
| Programa | – 0559 |
| Ação | – 4562 |
| Plano Interno | – FUNCREDE |
| Fonte | – 108 |
| Natureza da Despesa | – 3390.00 |
| Unidade Orçamentária | – 21901 |
| Função | – 10 |
| Subfunção | – 302 |
| Programa | – 0559 |
| Ação | – 4562 |
| Plano Interno | – FUNCREDE |
| Fonte | – 121 |
| Natureza da Despesa | – 3390.00 |

**VIGÊNCIA:** O prazo de vigência do presente Termo de Parceria será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de 12 de maio de 2015 – **BASE LEGAL:** Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999 – **SIGNATÁRIOS: MARCOS ANTONIO BARBOSA PACHECO,** pelo Parceiro Público e **DENNER ORNELLAS CORTAT,** pela Oscip.

São Luis (MA), 11 de Maio de 2015.

Maria Claudete de Castro Veiga
Secretária Adjunta/SES
(Ato por delegação de competência, Portaria n.º 24 de 09/02/2015)

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203765
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 - Total R$ 12,91
Selo: EEOL43715-CEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1394

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203766
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAQUEL ALVES
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023, RAYLANE REGINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43716-GAE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRIMEIRO TERMO ADITIVO
AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES
PROCESSO Nº 128.150/2015/SES

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E PARCEIRA PÚBLICA e o INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE, PARA FINS QUE SE DECLARAM.

**O ESTADO DO MARANHÃO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Av. Professor Carlos Cunhas/n – Calhau – 65.076-820 – São Luís – Maranhão, neste ato representado pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Sr. MARCOS ANTONIO BARBOSA PACHECO**, brasileiro, casado, médico (CRM – 2124), portador do RG. nº. 356.290 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 236.569.133-15, residente e domiciliado na Rua 20, Qd. P, Casa 07, Bairro Cohaserma, São Luís – MA, doravante denominada **PARCEIRA PÚBLICA e o INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada OSCIP, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, conforme consta do Certificado SNJ-MJ nº 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada, na forma de seu estatuto, por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, e RG nº 93-1-03907-0 – CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277, Sobrado, Centro, Itacoara/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº. 001/2015/SES, o qual tem por objeto a "***Implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas Unidades de Saúde HOSPITAL NINA RODRIGUES, CAPS AD, CAPS III, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III, UNIDADE DE ATENDIMENTO TRANSITÓRIO - UAT COHAB, HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD – VIANA, HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO, HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES***", submetendo-se as partes às disposições com fundamento na Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO** – O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 002/2015/SES**, no que se refere ao Valor, tendo em vista a implantação de novos serviços.

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR** – O Valor do presente aditivo é de **R$ 1.673.562,44 (hum milhão, seiscentos e setenta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos)**, tendo em vista a implantação de novos serviços, passando o valor mensal inicialmente ora avençado de R$ 4.680.000,00 (quatro milhões e seiscentos e oitenta mil reais), para **R$ 6.353.562,44 (seis milhões, trezentos e cinquenta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos)**, disponíveis na seguinte Dotação Orçamentária: Evento: 400091 – ESF: 2 – UO: 21901 – UGR: 210901 - PI: FUNCREDE - FONTE: 0121 – PROG. TRABALHO: 4562 – NAT. DESPESA: 339039. com base na Solicitação às fls. nº 01 e justificativas técnicas, bem como Parecer Jurídico.

Em tudo mais fica perfeitamente RATIFICADO, em todos os seus termos, cláusulas e condições o **Termo de Parceria nº. 002/2015/SES**, do qual o presente Termo Aditivo passa a fazer parte integrante em 03 (três) vias de igual teor e forma para um só efeito legal, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

São Luís(MA), 30 de dezembro de 2015.

MARCOS ANTONIO BARBOSA PACHECO
Secretário de Estado da Saúde
**pelo CONTRATANTE**

DENNER ORNELLAS CORTAT
**pela CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

Nome: 1. _____ CPF: 528[illegible]300

Nome: 2. Maria Nardeyane CPF: 607308043 30

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203767
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - [illegible] 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43717-DEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1330

0013177

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**EXTRATO DO 1.º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº. 002/2015/SES**

**REF.: Processo nº 128.150/2015/SES** – PARTES: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE e o **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE** – OBJETO: O objeto desde termo é aditivar o Termo de Parceria n.º 002/2015/SES, no que se refere ao valor, tendo em vista a implantação de novos serviços - VALOR – O Valor do presente aditivo é de R$ 1.673.562,44 (hum milhão, seiscentos e setenta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos), tendo em vista a implantação de novos serviços, passando o valor mensal inicialmente ora avençado de R$ 4.680.000,00 (quatro milhões e seiscentos e oitenta mil reais), para R$ 6.353.562,44 (seis milhões, trezentos e cinqüenta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos) - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: EVENTO : 400091 – ESF: 2 – UO: 21901 – UGR: 210901 - PI: FUNCREDE - FONTE: 0121 – PROG. TRABALHO: 4562 – NAT. DESPESA: 339039 - BASE LEGAL: Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999- **SIGNATÁRIOS: MARCOS ANTÔNIO BARBOSA PACHECO** – Secretário de Estado da Saúde, pelo CONTRATANTE, **DENNER ORNELLAS CORTAT**, pela CONTRATADA.

São Luís (MA), 12 de Janeiro de 2016.

Maria Claudete de Castro Veiga
Secretária Adjunta/SES
(Ato por delegação de competência, Portaria n.º 24 de 09/02/2015)

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203793
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,00 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43743-LED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**SEGUNDO TERMO ADITIVO**
**AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES**
**PROCESSO Nº 66.291/2016/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E PARCEIRA PÚBLICA e o INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

**O ESTADO DO MARANHÃO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Av. Professor Carlos Cunhas/n – Calhau – 65.076-820 – São Luís – Maranhão, neste ato, representada por seu Secretário, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, divorciado, advogado, portador do RG. nº. 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado na Rua dos Juritis, Ed. Mirela, Apto. 305, Bairro Renascença, São Luís – MA, doravante denominada **PARCEIRA PÚBLICA e o INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada OSCIP, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, conforme consta do Certificado SNJ-MJ nº 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada, na forma de seu estatuto, por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, e RG nº 93-1-03907-0 – CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277, Sobrado, Centro, Itacoara/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o **Termo de Parceria nº. 002/2015/SES**, o qual tem por objeto a "***Implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas Unidades de Saúde HOSPITAL NINA RODRIGUES, CAPS AD, CAPS III, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III, UNIDADE DE ATENDIMENTO TRANSITÓRIO - UAT COHAB, HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD – VIANA, HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO, HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES***", submetendo-se as partes às disposições com fundamento na Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, bem como do processo administrativo **nº 48.481/2015**, que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO** – O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 002/2015/SES**, no que se refere ao Prazo, visando à continuidade na prestação dos serviços.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203794
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE REGINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43744-EDD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA** – O termo de parceria fica prorrogado por mais 06 (seis) meses, a contar de 12.05.2016 com término previsto para **11.11.2016.** - Cláusula oitava do termo original, permanecendo as mesmas condições contratuais. Sendo o valor mensal de **R$ 6.353.562,44 (seis milhões, trezentos e cinquenta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos)**, que perfazendo o valor Global de **R$ 38.121.374,64 (trinta e oito milhões, cento e vinte e um mil, trezentos e setenta e quatro reais e sessenta e quatro centavos)**, para o período supracitado, iniciando com **NE nº 03081**, de 11/05/2016, no valor **R$ 6.353.563,44 (seis milhões, trezentos e cinquenta e três mil, quinhentos e sessenta e três reais e quarenta e quatro centavos)**, na seguinte dotação: PT: 10302059647930001; FONTE: 0121; PI: FUNCREDE; ND: 339039; conforme Plano Trabalho, nos autos, Parecer Jurídico bem como corroborado pelo Secretário de Estado da Saúde, constantes nos autos.

Em tudo mais fica perfeitamente RATIFICADO, em todos os seus termos, cláusulas e condições o **Termo de Parceria nº. 002/2015/SES**, do qual o presente Termo Aditivo passa a fazer parte integrante em 03 (três) vias de igual teor e forma para um só efeito legal, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

**São Luís (MA), 11 de Maio de 2016.**

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
pelo **CONTRATANTE**

**DENNER ORNELLAS CORTAT**
pela **CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS:**

Nome: 1. _____ Nome: 2. _____

CPF: 803.174.213-87 CPF: 146.492.177-34

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 080589AA203795
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYANNE SUSANA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - Total R$: 12,91
Selo: EEOL43745-DLC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**EXTRATO DO 2° TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA N.° 002/2015/SES**

**REF.**: Processo n° 66.291/2016/SES – **PARTES: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**– CNPJ n.° 02.973.240/0001-06 e o **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE** – CNPJ n.° 05.997.585/0001-80; **OBJETO**: Hospital nina Rodrigues, Caps AD, Caps III, Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab, Hospital Regional Dr. José Murad –Viana, Hospital Geral de Monção, Hospital de Lago dos Rodrigues, O objeto deste Termo é aditivar o Termo de Parceria n° 002/2015/SES, no que se refere ao prazo, visando à continuidade na prestação dos serviços;**VIGÊNCIA**: O Termo de parceria fica prorrogado por mais 06 (seis) meses, a contar de 12.05.2016 com termino previsto para 11.11.2016, clausula oitava do termo original, permanecendo as mesmas condições contratuais, sendo o valor mensal de R$ 6.353.562,44 (seis milhões, trezentos e cinqüenta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos), para o período supracitado, iniciando com NE n°03081, de 11/05/2016, no valor R$ 6.353.563,44 (seis milhões trezentos e cinqüenta e três mil, quinhentos e sessenta e três reais e quarenta e quatro centavos); **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**: Lei Federal n.° 9.790, de 23 de março de 1999, a luz do Decreto Federal n° 3.100, de 30 de junho de 1999; **DATA DA ASSINATURA DO ADITIVO**: 11 de Maio de 2016; **DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**: PT: 10302059647930001; fonte: 121; PI: FUNCREDE; ND:339039; **SIGNATÁRIOS: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**; RG. n.° 68312297-5 SSP/MA, e CPF n° 912.886.063-20 – Secretario de Estado da Saúde, pelo CONTRATANTE, **DENNER ORNELLAS CORTAT**, RG n° 93-1-03907-0-CREA/RJ, e CPF n° 868.424.557-15, REPRESENTANTE, pela CONTRATADA.

São Luis (MA), 06 de Junho de 2016.

**Karla Sucly da Conceição Trindade**
Subsecretária de Estado da Saúde




1400

Geral JV

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**TERCEIRO TERMO ADITIVO**
**AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES**
**PROCESSO Nº 219.312/2016/SES**

TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E PARCEIRA PÚBLICA e o INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE, PARA FINS QUE SE DECLARAM.

**O ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Av. Professor Carlos Cunha s/n – Calhau – 65.076-820 – São Luís – Maranhão, neste ato, representada por seu Secretário, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, divorciado, advogado, portador do RG. nº. 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta capital, São Luís – MA, doravante denominada **PARCEIRA PÚBLICA e o INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada OSCIP, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, conforme consta do Certificado SNJ-MJ nº 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada, na forma de seu estatuto, por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, e RG nº 93-1-03907-0 – CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277, Sobrado, Centro, Itacoara/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o **Termo de Parceria nº. 002/2015/SES**, o qual tem por objeto a "***Implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas Unidades de Saúde HOSPITAL NINA RODRIGUES, CAPS AD, CAPS III, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III, UNIDADE DE ATENDIMENTO TRANSITÓRIO - UAT COHAB, HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD – VIANA, HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO, HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES***", submetendo-se as partes às disposições com fundamento na Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, bem como do processo administrativo nº **48.481/2015**, que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – DO OBJETO – O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 002/2015/SES**, no que se refere ao Prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde, bem como acréscimo no valor, em razão da implementação de novos serviços.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – DA VIGÊNCIA – O Contrato de gestão fica prorrogado por mais **12 (doze) meses,** a contar de 12.11.2016 com término previsto para **12.11.2017** nos termos da Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, conforme Plano Trabalho, nos autos, Parecer Jurídico bem como corroborado pelo Secretário de Estado da Saúde, constantes nos autos.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203797
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,25 - Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43747-DEE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR** – Em razão da implementação de novos serviços, fica o valor mensal de R$ 6.967.375,13 (seis milhões, **novecentos e sessenta e sete mil, trezentos e setenta** e cinco reais e treze centavos), perfazendo o Global de **R$ 83.608.801,56 (oitenta** e três milhões, seiscentos e **oito mil, oitocentos e um reais e cinquenta e seis centavos)**, para o período supracitado, na seguinte dotação: PT: 4793; FONTE: 121; PI: FUNCREDE ND: 339039; iniciando com a **NE nº 08918** de 03/11/2016, no valor de R$ 5.967.376,13 (cinco milhões, novecentos e sessenta e sete mil, trezentos e setenta e seis reais e treze centavos); NE nº 08911 de 03/11/2016, no valor de R$ 1.000.000,00 (hum milhão de reais.)

**CLÁUSULA QUARTA** – DA RESCISÃO – Os valores relativos às reclamações trabalhistas e ações judiciais que surgirem após a rescisão do Termo de Parceria, sob qualquer forma das atividades descritas, será de responsabilidade da PARCEIRA PÚBLICA, após devolução pela OSCIP do saldo líquido existente, previsto na Cláusula Terceira do presente termo, devendo a PARCEIRA PÚBLICA dar total quitação ao CONTRATADO no ato dessa devolução.

**PARAGRAFO ÚNICO** – Em caso de rescisão unilateral por parte da **PARCEIRA PÚBLICA** o mesmo deverá arcar com os custos de desmobilização e dispensa do pessoal admitido pela OSCIP para a execução dos serviços pactuados, sem prejuízo de eventual indenização que a ela couber.

**CLÁUSULA QUINTA** – DAS DEMAIS CLÁUSULAS – Permanecem em vigor as demais cláusulas não modificadas pelo presente instrumento. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 11 de Novembro de 2016.

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA
Secretário de Estado da Saúde
pelo CONTRATANTE

DENNER ORNELLAS CORTAT
pela CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

Nome: 1. _____ Nome: 2. _____

CPF: CPF:

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203788
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Uso
Santo Antônio de Pádua-RJ, 31/07/2023
SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43748-GEH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**QUARTO TERMO ADITIVO**
**AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES**
**PROCESSO Nº 247.826/2017/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **PARCEIRA PÚBLICA**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador do RG nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, portador do RG nº 93-1-03907-0, CREA/RJ, inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 002/2015/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues, CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento transitório – UAT Cohab, Hospital Regional dr. José Murad – Viana, Hospital Geral de Monção, Hospital de Lago dos Rodrigues"**, submetendo-se as partes às disposições da Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, bem como Processo nº 48.481/2015, que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 002/2015/SES**, no que se refere ao prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde, bem como acréscimo de valor, em razão da adequação e realinhamento do quadro de Recursos Humanos, pelo acréscimo de diretores das unidades de saúde, em obediência ao Decreto Estadual nº 33.268, de 28 de agosto de 2017; de pessoal para a composição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203799
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43749-DLD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O Termo de Parceria fica prorrogado por mais **06 (seis) meses,** a contar de **12.11.2017** com término previsto para **12.05.2018,** nos termos da Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, conforme Parecer Técnico emitido pela Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde (fls. 197/199), Parecer Jurídico nº 1775/2017/AJA (fls. 210/219), bem como corroborado pelo Secretário de Estado da Saúde (fl. 220), constante nos autos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR**

3.1. O valor do aditivo, em razão da adequação e realinhamento do quadro de Recursos Humanos, pelo acréscimo de diretores das unidades de saúde, em obediência ao Decreto Estadual nº 33.268, de 28 de agosto de 2017; de pessoal para a composição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); é de **R$ 1.490.768,19 (um milhão, quatrocentos e noventa mil, setecentos e sessenta e oito reais e dezenove centavos)** mensais, totalizando para o período da prorrogação a quantia de **R$ 8.944.609,14 (oito milhões, novecentos e quarenta e quatro mil, seiscentos e nove reais e quatorze centavos).**

a) O valor mensal de **R$ 6.967.375,13 (seis milhões, novecentos e sessenta e sete mil, trezentos e setenta e cinco reais e treze centavos)** com o valor do acréscimo passa para **R$ 8.458.143,32 (um milhão, quatrocentos e cinquenta e oito mil, cento e quarenta e três reais e trinta e dois centavos);**

b) O montante aditivado para 06 (seis) meses será de **R$ 50.748.859,93 (cinquenta milhões, setecentos e quarenta e oito mil, oitocentos e cinquenta e nove reais e noventa e três centavos).**

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1. A Dotação Orçamentária PA: 4793; Fonte: 121; PI: FUNCREDE; ND: 339039 e respectiva Nota de Empenho nº 13573, emitida em 08/11/2017 para atender a execução da despesa do objeto deste aditivo, corresponderá aos meses de novembro e dezembro do exercício financeiro vigente, tendo desse modo, a **CONTRATANTE**, o dever legal e tempestivo de suplementar o presente aditivo, para a cobertura da despesa no exercício de 2018, após a aprovação da LOA 2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203841
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43791-AOE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

01404

0073885

**CLÁUSULA QUINTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

5.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas do Termo de Parceria nº 002/2015/SES não modificadas pelo presente instrumento. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 10 de novembro de 2017.

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
Representada por **DENNER ORNELLAS CORTAT**
*Denner Ornellas Cortat*
**Diretor Geral**
**CPF 868.424.557-15**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: Daynson
CPF nº: 032.120.863-10

2. Nome: _____
CPF nº: 018.645.313-20

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203842
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,99.
Selo: EEOL43792-ICB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/



1405

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONFERE

## EXTRATO DO 4º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº. 002/2015/SES

**REF.:** Processo n.º 247.826/2017/SES – **PARTES: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** – CNPJ n.º 02.973.240/0001-06 e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA** – CNPJ n.º 05.997.585/0001-80; **OBJETO**: é aditivar o Termo de Parceria nº 002/2015/SES, no que se refere ao prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde, bem como acréscimo de valor, em razão da adequação e realinhamento do quadro de Recursos Humanos, pelo acréscimo de diretores das unidades de saúde, em obediência ao Decreto Estadual nº 33.268, de 28 de agosto de 2017; de pessoal para a composição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999; **VIGENCIA:** O Termo de Parceria fica prorrogado por mais 06 (seis) meses, a contar de 12.11.2017 com término previsto para 12.05.2018; **VALOR:** O valor do aditivo, em razão da adequação e realinhamento do quadro de Recursos Humanos, pelo acréscimo de diretores das unidades de saúde, em obediência ao Decreto Estadual nº 33.268, de 28 de agosto de 2017; de pessoal para a composição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); é de R$ 1.490.768,19 (um milhão, quatrocentos e noventa mil, setecentos e sessenta e oito reais e dezenove centavos) mensais, totalizando para o período da prorrogação a quantia de R$ 8.944.609,14 (oito milhões, novecentos e quarenta e quatro mil, seiscentos e nove reais e quatorze centavos),a) O valor mensal de R$ 6.967.375,13 (seis milhões, novecentos e sessenta e sete mil, trezentos e setenta e cinco reais e treze centavos) com o valor do acréscimo passa para R$ 8.458.143,32 (um milhão, quatrocentos e cinquenta e oito mil, cento e quarenta e três reais e trinta e dois centavos);b) O montante aditivado para 06 (seis) meses será de R$ 50.748.859,93 (cinquenta milhões, setecentos e quarenta e oito mil, oitocentos e cinquenta e nove reais e noventa e três centavos); **DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: PA:** 4793; **Fonte:** 121; **PI:** FUNCREDE; **ND:** 339039 e respectiva Nota de Empenho nº 13573, emitida em 08/11/2017; **DATA DA ASSINATURA DO ADITIVO:** 10 de novembro de 2017; **SIGNATÁRIOS: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA,** Cédula de identidade n.º 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20 – Secretário de Estado da Saúde, pelo CONTRATANTE, **DENNER ORNELLAS CORTAT,** Cédula de Identidade nº 93-1-03907-0, CREA/RJ, CPF nº 868.424.557-15, pela CONTRATADA.

São Luís (MA), 22 de dezembro de 2017.

**Karla Suely da Conceição Trindade**
Subsecretária de Estado da Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203843
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43793-GEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/autenticidade

São Luís/MA
706
.gov.br

1406

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203844
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43794-OOI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



**QUINTO TERMO ADITIVO**
**AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES**
**PROCESSO Nº 66.562/2018/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, CEP: 65.076-820, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **PARCEIRA PÚBLICA**, neste ato *representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr.* **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, *por* **DENNER ORNELLAS CORTAT,** *brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº* 93-1-03907-0, CREA/RJ, inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 002/2015/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues, CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento transitório – UAT Cohab, Hospital Regional Dr. José Murad – Viana, Hospital Geral de Monção, Hospital de Lago dos Rodrigues"**, submetendo-se as partes às disposições da Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, bem como Processo nº 48.481/2015, que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 002/2015/SES**, no que se refere ao prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde, bem como acréscimo de valor, em razão da implantação do serviço de nefrologia ao perfil do Hospital Nina Rodrigues e, ainda, o redimensionamento do quadro de Recursos Humanos nos Planos de Trabalhos das Unidades de Saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O Termo de Parceria fica prorrogado por mais **06 (seis) meses**, a contar de **12.05.2018** com término previsto para **12.11.2018**, nos termos da Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, conforme Parecer Técnico emitido pela Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde, Parecer Jurídico nº 610/2018/AJA, bem como corroborado pelo Secretário de Estado da Saúde, constante nos autos.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203845
Rua dos Leiles, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43795-ECE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico/



**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR**

3.1. O valor do presente aditivo, em razão da implantação do serviço de nefrologia ao perfil do Hospital Nina Rodrigues e, ainda, o redimensionamento do quadro de Recursos Humanos nos Planos de Trabalhos das Unidades de Saúde é de **R$ 464.365,54 (quatrocentos e sessenta e quatro mil, trezentos e sessenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos)** *mensais, totalizando para o período da prorrogação a quantia de* **R$ 2.786.193,24 (dois milhões, setecentos e oitenta e seis mil, cento e noventa e três reais e vinte e três centavos).**

a) O valor mensal de **R$ 8.458.143,32 (oito milhões, quatrocentos e cinquenta e oito mil, cento e quarenta e três reais e trinta e dois centavos)** com o valor do acréscimo passa para **R$ 8.922.508,86 (oito milhões, novecentos e vinte e dois mil, quinhentos e oito reais e oitenta e seis centavos)**

b) O montante aditivado para 06 (seis) meses será de **R$ 53.535.053,16 (cinquenta e três milhões, quinhentos e trinta e cinco mil, cinquenta e três reais e dezesseis centavos).**

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1. A Dotação Orçamentária PA: 4793; Fonte: 0108 e 0121; PI: HNINA&CIA; ND: 339039 e respectiva **Nota de Empenho nº 04097,** emitida em 11/05/2018 e **Nota de Empenho nº 04098,** emitida em 11/05/2018; para atender a execução da despesa do objeto deste aditivo, corresponderá ao exercício financeiro vigente, tendo desse modo, a **PARCEIRA PÚBLICA**, o dever legal e tempestivo de suplementar o presente aditivo.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

5.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas do Termo de Parceria nº 002/2015/SES não modificadas pelo presente instrumento. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

**São Luís (MA), 11 de Maio de 2018.**

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
Representada por **DENNER ORNELLAS CORTAT**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ CPF nº: _____

2. Nome: _____ CPF nº: _____

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## EXTRATO DO 5º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES

**REF.**: Processo nº 66.562/2018/SES– **PARTES: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**–CNPJ nº 02.973.240/0001-06 e o **INVISA VIDA E SAÚDE - INVISA** – CNPJ nº 05.997.585/0001-80; **OBJETO**: É aditivar o Termo de Parceria nº 002/2015/SES, no que se refere ao prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde, bem como acréscimo de valor, em razão da implantação do serviço de nefrologia ao perfil do Hospital Nina Rodrigues e, ainda, o redimensionamento do quadro de Recursos Humanos nos Planos de Trabalhos das Unidades de Saúde.; **VIGÊNCIA:** O Termo de Parceria fica prorrogado por mais 06 (seis) meses, a contar de 12.05.2018 com término previsto para 12.11.2018; **VALOR:** O valor do presente aditivo, em razão da implantação do serviço de nefrologia ao perfil do Hospital Nina Rodrigues e, ainda, o redimensionamento do quadro de Recursos Humanos nos Planos de Trabalhos das Unidades de Saúde é de R$ 464.365,54 (quatrocentos e sessenta e quatro mil, trezentos e sessenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos) mensais, totalizando para o período da prorrogação a quantia de R$ 2.786.193,24 (dois milhões, setecentos e oitenta e seis mil, cento e noventa e três reais e vinte e três centavos),a) O valor mensal de R$ 8.458.143,32 (oito milhões, quatrocentos e cinquenta e oito mil, cento e quarenta e três reais e trinta e dois centavos) com o valor do acréscimo passa para R$ 8.922.508,86 (oito milhões, novecentos e vinte e dois mil, quinhentos e oito reais e oitenta e seis centavos),**b)** O montante aditivado para 06 (seis) meses será de R$ 53.535.053,16 (cinquenta e três milhões, quinhentos e trinta e cinco mil, cinquenta e três reais e dezesseis centavos); **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**: Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999; **DATA DA ASSINATURA DO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA**: 11 de maio de 2018; **DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**: **PA:** 4793; **Fonte:** 108 e 121; **PI:** HNINA&CIA; **ND:** 339039 e respectiva **Nota de Empenho nº 04097,** emitida em 11/05/2018 e **Nota de Empenho nº 04098,** emitida em 11/05/2018; **SIGNATÁRIOS: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA;** C.I nº 68.312.297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, Secretário de Estado da Saúde, pelo CONTRATANTE, **DENNER ORNELLAS CORTAT,** C.I nº 93-1-03907-0, CREA/RJ, CPF nº 868.424.557-15, pela CONTRATADA.

São Luís (MA), 22 de maio de 2018.

**KARLA SUELY DA CONCEIÇÃO TRINDADE**
Subsecretária de Estado da Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203832
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE RISTENA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43782-CCO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**SEXTO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018**
**PROCESSO Nº 241.634/2018/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 002/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral, o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO,** brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, , têm entre si justo e acordado ADITAR Termo de Parceria Nº 002/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão Nº 04/2018, **o qual tem por objeto a "implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues, CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento transitório – UAT Cohab, Hospital Regional Dr. José Murad – Viana, Hospital Geral de Monção, Hospital de Lago dos Rodrigues"** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DA CONVOLAÇÃO**

1.1. Em atenção ao Princípio da Convolação e da Preservação do Interesse Público, fica convolado o Termo de Parceria nº 002/2015 em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203833
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43783-DCL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/



01410

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O objeto deste Termo é aditivar o Termo de Parceria Nº 002/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão Nº 04/2018, no que se refere ao prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde.

2.2. Acréscimo na folha de pagamento, em virtude do Acordo Coletivo de Trabalho firmado entre a EMSERH e o Sindicato dos Enfermeiros do Maranhão – SEEMA, em obediência ao Decreto Estadual nº 31.052, de 28 de agosto de 2015.

2.3. Readequação (acréscimo e supressão) do quadro de recursos humanos das Unidades de Saúde, conforme Planos de Trabalho e Parecer Técnico, constantes nos autos.;

2.4. Revisão contratual, em razão da redução do teto das despesas dos serviços assistenciais, em conformidade com a Portaria/SES/MA nº 1.044 de 30/10/2018, bem como readequação das demais linhas que compõem o custeio mensal das Unidades de Saúde (acréscimo e supressão), conforme Plano de Trabalho e Parecer Técnico nos autos.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1. O Termo de Parceria nº 002/2015/SES fica prorrogado por mais **12 (doze) meses**, a contar de **12/11/2018** com término previsto para **12/11/2019,** nos termos da Cláusula Oitava, conforme Parecer Técnico emitido pela Superintendente de Assistência à Saúde, Parecer Jurídico nº 1688/2018/SAAJ e 1694/2018/SAAJ, bem como corroborado pelo Secretário de Estado da Saúde, constante nos autos.

## CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR

4.1. O valor do aditivo em razão da readequação dos acréscimos e supressões descritas na Clausula Primeira do presente instrumento, impactará na supressão de **R$ 402.261,19 (quatrocentos e dois mil, duzentos e sessenta e um reais e dezenove centavos)** mensais, totalizando para o período da prorrogação a redução de **R$ 4.827.134,28 (quatro milhões, oitocentos e vinte e sete mil, cento e trinta e quatro reais e vinte e oito centavos)**.

a) O valor mensal de R$ 8.922.508,86 (oito milhões, novecentos e vinte e dois mil, quinhentos e oito reais e oitenta e seis centavos), readequado, passara para **R$ 8.506.624,50 (oito milhões, quinhentos e seis mil, seiscentos e vinte e quatro reais e cinquenta centavos)**;

b) O montante aditivado para 12 (doze) meses será de **R$ 102.079.494,00 (cento e dois milhões, setenta e nove mil, quatrocentos e noventa e quatro reais).**

## CLÁUSULA QUINTA – DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

5.1. Para atender a execução das despesas referentes ao objeto deste Termo Aditivo, no que corresponde ao exercício financeiro vigente, fora disponibilizada a seguinte Dotação Orçamentária: **AÇÃO**: 4793; **FONTES**: 121 e 108; **PLANO INTERNO**: HNINA&CIA; **NAT. DESPESA**: 339039, conforme **NOTA DE EMPENHO** nº 12504, e nº 12503, ambas emitidas em 12/11/2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203834
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43784-LDD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007392

**CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO**

6.1. Pelo presente instrumento, fica a **CONTRATADA** obrigada a realizar abertura de conta bancária específica para recebimento de recursos provenientes da Fonte 108, nos termos do art. 24, §3º, e art. 30 da Lei Estadual nº 10.924, de 04/09/2018.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO**

7.1. Considerando a tramitação do processo licitatório visando o Chamamento Público, o prazo estabelecido na Clausula Terceira deste instrumento, poderá ser rescindido antecipadamente, sem direito a indenização, caso ocorra a nova contratação para a mesma finalidade.

**CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO**

8.1. A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data.

**CLÁUSULA NONA– DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

9.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

9.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

**São Luís (MA), 12 de novembro de 2018.**

Carlos Lula

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____
CPF nº: 743062353-00

2. Nome: _____
CPF nº: 52889145304

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINE DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43785-HEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selo/selo
090589AA203835



0412

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

007393

**EXTRATO DO 6º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES, CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES**

**REF.**: Processo nº 241.634/2018/SES – **PARTES: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** – CNPJ nº 02.973.240/0001-06 e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** – CNPJ nº 05.997.585/0001-80; **OBJETO**: É aditivar o Termo de Parceria Nº 002/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão Nº 04/2018/SES, no que se refere ao prazo, visando à continuidade da prestação dos serviços de saúde; **DA CONVOLAÇÃO:** Em atenção ao Princípio da Convolação e da Preservação do Interesse Público, fica convolado o Termo de Parceria nº 02/2015, Convolado em contrato de Gestão nº 04/2018/SES, em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES; **VIGÊNCIA:** O Termo de Parceria nº 002/2015/SES fica prorrogado por mais 12 (doze) meses, a contar de 12/11/2018 com término previsto para 12/11/2019; **VALOR:** O valor do aditivo em razão da readequação dos acréscimos e supressões descritas na Clausula Primeira do presente instrumento, impactará na supressão de R$ 402.261,19 (quatrocentos e dois mil, duzentos e sessenta e um reais e dezenove centavos) mensais, totalizando para o período da prorrogação a redução de R$ 4.827.134,28 (quatro milhões, oitocentos e vinte e sete mil, cento e trinta e quatro reais e vinte e oito centavos). **a)** O valor mensal de R$ 8.922.508,86 (oito milhões, novecentos e vinte e dois mil, quinhentos e oito reais e oitenta e seis centavos), readequado, passara para R$ 8.506.624,50 (oito milhões, quinhentos e seis mil, seiscentos e vinte e quatro reais e cinquenta centavos); **b)** O montante aditivado para 12 (doze) meses será de R$ 102.079.494,00 (cento e dois milhões, setenta e nove mil, quatrocentos e noventa e quatro reais); **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**: Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93; **DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA: AÇÃO**: 4793; **FONTES**: 121 e 108; **PLANO INTERNO**: HNINA&CIA; **NAT. DESPESA**: 339039, **NOTA DE EMPENHO** nº 12504, nº 12503, ambas emitidas em 12/11/2018; **DATA DA ASSINATURA DO ADITIVO**: 12 de novembro de 2018; **SIGNATÁRIOS: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA,** Cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, Secretário de Estado da Saúde; pela CONTRATANTE; **BRUNO SOARES RIPARDO,** cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, CPF sob o nº 110.695.987-63, Diretor Geral pela CONTRATADA.

São Luís (MA), 22 de novembro de 2018.

**KARLA SUELY DA CONCEIÇÃO TRINDADE**
Subsecretária de Estado da Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203836
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43786-HCC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1413

0041334

7º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES
CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES
PROCESSO Nº 234.091/2019/SES

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "**implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional Dr. José Murad – Viana, Hospital Geral de Monção e Hospital de Lago dos Rodrigues**" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES**, no que se refere a:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203837
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43787-OHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1.2. Prorrogação do prazo de vigência, visando a continuidade na prestação dos serviços de saúde;

1.3. Alteração do Plano de Trabalho em face da readequação (acréscimos e supressões) nos custeios das Unidades de Saúde geridas por esse contrato de gestão, conforme discriminado no Parecer Técnico (fl.135);

1.4. Alteração do Perfil da Unidade de Saúde - Hospital Lago dos Rodrigues para Policlínica Porte II, passando a nomenclatura de Hospital Lago dos Rodrigues para Policlínica Lago do Rodrigues;

1.5. Antecipação dos efeitos do período inicial da vigência contratual, em razão da natureza dos Contratos de Gestão terem como base, a incidência do fato gerador, o primeiro dia do mês de referência.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na CI nº 661/2019 (fls. 01/04), nos Planos de Trabalho propostos (fls. 47/74), no Parecer Técnico (fls. 132/137), no Parecer Jurídico nº 1667/2019/SAAJ/SES, bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde, nos autos.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

3.1. O Termo de Parceria nº 02/2015/SES convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES ficará prorrogado por mais **12 (doze) meses**, a contar de **01/11/2019** com término previsto para **01/11/2020.**

## CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

3.1. O valor do aditivo em razão da readequação (acréscimos e supressões) descrita na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará na redução mensal de **R$ 1.409.078,28 (um milhão, quatrocentos e nove mil, setenta e oito reais e vinte e oito centavos)** e, para o período da prorrogação, uma redução total de **R$ 16.908.939,36 (dezesseis milhões, novecentos e oito mil, novecentos e trinta e nove reais e trinta e seis centavos).**

a) O valor mensal de R$ 8.506.624,50 (oito milhões, quinhentos e seis mil, seiscentos e vinte e quatro reais e cinquenta centavos), reduzido, passará para **R$ 7.097.546,22 (sete milhões, noventa e sete mil, quinhentos e quarenta e seis reais e vinte e dois centavos)** sendo distribuído nas seguintes Fontes:

a.1) **FONTE 108**: No valor de R$ 408.466,04 (quatrocentos e oito mil, quatrocentos e sessenta e seis reais e quatro centavos); e,

a.2) **FONTE 121**: No valor de R$ 6.689.080,17 (seis milhões, seiscentos e oitenta e nove mil, oitenta reais e dezessete centavos);



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203838
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total: R$ 12,91
Selo: EEOL43788-HHC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

b) O montante aditivado para 12 (doze) meses será de **R$ 85.170.554,50 (oitenta e cinco milhões, cento e setenta mil, quinhentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta centavos)**, conforme distribuído nos custeios das Unidades de Saúde da planilha a seguir:

| UNIDADE | VALOR MENSAL | VALOR GLOBAL |
|---|---|---|
| Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, II, III e UAT Cohab) | R$ 4.277.890,20 | R$ 51.334.682,40 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 1.636.825,74 | R$ 19.641.908,90 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 227.033,55 | R$ 2.724.402,60 |
| Hospital Dr. José Murad - Viana | R$ 955.796,73 | R$ 11.469.560,76 |
| TOTAL | **R$ 7.097.546,22** | **R$ 85.170.554,50** |

## CLÁUSULA QUARTA – DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

4.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **AÇÃO** - 4793; **SUBAÇÃO** - 000897 (HNINA&CIA); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2019NE010452**, emitida em 01/11/2019, correspondente ao exercício financeiro em curso.

b) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **AÇÃO** - 4793; **SUBAÇÃO** - 000897 (HNINA&CIA); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2019NE010453**, emitida em 01/11/2019, correspondente ao exercício financeiro em curso.

4.2. A **CONTRATANTE** terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.

## CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

5.1. A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, nos termos do art. 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/93.

## CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203839
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLA
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLA
SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43789-GCG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 01 de novembro de 2019.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ CPF nº: 016.648.317-20

2. Nome: RARRel CPF nº: 224.500.643-61

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203840
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISPINO DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43790-CDG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CC 1398

8º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES
CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES
PROCESSO Nº 256.991/2019/SES

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O ESTADO DO MARANHÃO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, situado na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. BRUNO SOARES RIPARDO, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional Dr. José Murad – Viana, Hospital Geral de Monção e Hospital de Lago dos Rodrigues" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, a luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, no que se refere a:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203822
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43772-DED Consulte em https://www4.tjrj.jus.br/sitepublico
0118

1.2. Ao acréscimo de valor, oriundo de Emenda Parlamentar, em razão da implantação ao Programa "Mais Saúde e *Mutirões para a Realização de Cirurgias Eletivas*" no Hospital Regional Dr. José Murad, no município de Viana, no período de dezembro/2019;

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 923/2019 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho vigente (fls 33/39) e proposto com o anexo (fls. 39v/40), no Parecer Técnico (fls. 47/48), no Parecer Jurídico nº 2.138/2019/SAAJ/SES (fls. 55/59), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 60) nos autos.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2020.**

## CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

3.1. O valor do aditivo em razão do descrito na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará no acréscimo de **R$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais)** ao valor global do Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, alterando o somatório dos valores mensais repassados, excepcionalmente no período de dezembro/2019, conforme tabela abaixo:

| MÊS/2019 | VALOR MENSAL ESTIMADO | MUTIRÕES PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS |
|---|---|---|
| DEZEMBRO | R$ 7.097.546,36 | R$ 400.000,00 |

3.2. O valor global de R$ 85.170.554,50 (oitenta e cinco milhões, cento e setenta mil, quinhentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta centavos), acrescido, passará para **R$ 85.570.554,50 (oitenta e cinco mil, quinhentos e setenta mil, quinhentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta centavos).**

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** – 21901; **FUNÇÃO** – 10; **AÇÃO** – 4793; **SUBAÇÃO** – 015219 (19DGOV246MICALDAMASCENO); **FONTE** – 121; **NATUREZA DESPESA** – 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO** nº 2019NE013070, emitida em 19/12/2019.

b) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** – 21901; **FUNÇÃO** – 10; **AÇÃO** – 4793; **SUBAÇÃO** – 015291 (19DGOV246MICALDAMASCENO); **FONTE** – 121; **NATUREZA DESPESA** – 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2019NE013071**, emitida em 19/12/2019.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Permanecerão inalteradas as dotações orçamentárias, referentes ao custeio mensal do Plano de Trabalho vigente.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203823
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43773-EGC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

207400

## CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

5.1. A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, conforme art. 61, Parágrafo Único, da Lei nº 8.666/1993.

## CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 19 de dezembro de 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES
CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA
Secretário de Estado da Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representada por BRUNO SOARES RIPARDO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: Dayvison
CPF nº: 078130863-80

2. Nome: Raylane
CPF nº: 607308043-30

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203846
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,91
Selo: EEOL43796-OEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico/

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**9º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES PROCESSO Nº 64.215/2020/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "**implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional Dr. José Murad – Viana, Hospital Geral de Monção e Policlínica Lago dos Rodrigues**" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, Lei Federal nº 13.979/2020, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES**, no que se refere a:

a) alteração do perfil da Unidade do Hospital Regional Dr. José Murad - Viana para Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA.

b) implantação de 46 (quarenta e seis) Leitos Clínicos Adultos, bem como 06 (seis) Leitos de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), no **HOSPITAL NINA RODRIGUES** para pacientes com síndrome respiratória confirmada com COVID-19, com o acréscimo no custeio, referente ao Recursos Humanos, serviços assistenciais e material médico hospitalar, conforme o Plano Estadual de Contingência do Novo CoronaVirus 2019 – nCoV;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203849
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 - Total R$: 12,91
Selo: EEOL43799-EIG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selodigital
Santo Antônio de Pádua

c) aquisição de materiais/equipamentos, a título de plano de investimento para garantia das ações contra a COVID-19

d) alteração do Plano de Trabalho do Hospital Geral de Monção e da Policlínica Lago dos Rodrigues.

e) ficarão incorporados ao Plano de Trabalho Proposto, os ANEXOS I e II, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID – 19.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 482/2020 (fls. 01/02v), no Plano de Trabalho proposto (fls. 77/121-v), no Parecer Técnico (fls. 224/226-v), no Parecer Jurídico nº 791/2020/SAAJ/SES (fls. 241/245), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 246) nos autos.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE

2.1. Pelo presente instrumento fica alterada o perfil da Unidade de Saúde do Hospital Regional Dr. José Murad – Viana para **Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA.**

## CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2020.**

## CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO CUSTEIO MENSAL REGULAR DAS UNIDADES

4.1. O valor do aditivo em razão da readequação descrita na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará no aumento do custeio mensal de **R$ 1.367.651,67 (um milhão, trezentos e sessenta e sete mil, seiscentos e cinquenta e um reais e sessenta e sete centavos).**

4.2. O Custeio mensal global de R$ 7.097.546,21 (sete milhões, noventa e sete mil, quinhentos e quarenta e seis reais e vinte e um centavos), readequado, passará para **R$ 8.465.197,88 (oito milhões, quatrocentos e sessenta e cinco mil, cento e noventa e sete reais e oitenta e oito centavos),** conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO REGULAR MENSAL |
|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.542.977,61 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 1.651.951,01 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 235.892,44 |
| Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA | R$ 2.034.376,62 |
| TOTAL | R$ 8.465.197,88 |

## 4.3. DO VALOR DO CUSTEIO COVID-19

4.3.1. O valor do aditivo, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID - 19, descrito na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará no acréscimo mensal de **R$ 2.939.646,11 (dois milhões, novecentos e trinta e nove mil, seiscentos e quarenta e quarenta e seis reais e onze centavos),** que deverá ficar vigente até o último dia da vigência do contrato.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203850
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 4,29
Selo: EEOL43800-DJH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO REGULAR MENSAL | COVID – 19 ANEXO I Maio/Novembro 2020 |
|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.542.977,81 | R$ 2.939.646,11 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 1.651.951,01 | - |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 235.892,44 | - |
| Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense HTO VIANA | R$ 2.034.376,62 | - |
| TOTAL CUSTEIO COVID + CUSTEIO REGULAR MENSAL | R$ 11.404.843,99 | |

4.3.2 O valor mensal será distribuído nas seguintes fontes orçamentárias:

a) **FONTE 108:** No valor mensal de R$ 408.466,04 (quatrocentos e oito mil, quatrocentos e sessenta e seis reais e quatro centavos).

b) **FONTE 121:** No valor mensal de R$ 10.996.377,95 (dez milhões, novecentos e noventa e seis mil, trezentos e setenta e sete reais e noventa e cinco centavos).

4.4. DO INVESTIMENTO:

4.4.1. Reconhecendo a necessidade da implementação de investimento para a aquisição de materiais/equipamentos, a Organização Social **CONTRATADA** deverá comprometer-se a investir na referida unidade, o valor de **R$ 889.154,42 (oitocentos e oitenta e nove mil, cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e dois centavos)**, a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA no primeiro mês.

4.5. O valor do custeio mensal global de R$ 8.465.197,88 (oito milhões, quatrocentos e sessenta e cinco mil, cento e noventa e sete reais e oitenta e oito centavos) acrescido dos valores do custeio COVID-19 passará para **R$ 11.404.843,99 (onze milhões, quatrocentos e quatro mil, oitocentos e quarenta e três reais e noventa e nove centavos)**, somado à parcela única para aquisição de materiais/equipamentos **R$ 889.154,42 (oitocentos e oitenta e nove mil, cento e cinquenta e quatro reais e quarenta e dois centavos)**, que deverá ficar vigente até 01/11/2020.

**CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

5.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1693 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL NINA RODRIGUES); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004462**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

b) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1693 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL NINA RODRIGUES); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004451**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

c) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 16231 (AÇÕES EMERGENCIAIS DE SAÚDE – COVID19); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** – 44.90.52.08, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004469**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203851
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43801-CLH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

CC7404

d) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1695 (MANUTENÇÃO – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III – CAPS III); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004495**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

e) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1695 (MANUTENÇÃO – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III – CAPS III); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004497**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso

f) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1694 (MANUTENÇÃO – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPS AD); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004499**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

g) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1694 (MANUTENÇÃO – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPS AD); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004500**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

h) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1691 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004458**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

i) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1691 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004459**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

j) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1692 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL LAGO DOS RODRIGUES); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004464**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

k) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1698 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD VIANA); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004465**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

l) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 1698 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD VIANA); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004466**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

m) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** – 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 16231 (AÇÕES EMERGENCIAIS DE SAÚDE – COVID19); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** – 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2020NE004463**, emitida em 06/05/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090569AA203852
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43802-CHB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/revpublico

CC2405

**CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO**

5.1. A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, conforme art. 61, Parágrafo Único, da Lei nº 8.666/1993.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 06 de maio de 2020.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: RAFAEL
CPF nº: 224.300.613-61

2. Nome:
CPF nº: 016.645.313-20

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203853
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43803-DJL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

10º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES
CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES
PROCESSO Nº 72.037/2020/SES

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA, Hospital Geral de Monção e Policlínica Lago dos Rodrigues"** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, Lei Federal nº 13.979/2020, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018**



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203854
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43804-DJH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203855
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 1,99
Selo: EEOL43805-ODE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



a) direcionamento de parte da Policlínica Lago dos Rodrigues para serviços de pronto atendimento, bem como a implantação de 6 (seis) Leitos Clínicos adultos, para pacientes com síndrome respiratória confirmada com COVID-19, com o acréscimo no custeio, referente ao Recursos Humanos, serviços assistenciais e material médico hospitalar, conforme o Plano Estadual de Contingência do Novo CoronaVírus 2019 – nCoV.

b) readequação do Plano de Trabalho do Hospital Geral de Monção com a inclusão de serviços de pronto atendimento direcionado para pacientes com síndrome respiratória, bem como acréscimo dos serviços assistenciais médicos (cirurgias).

c) ficará incorporado ao Plano de Trabalho Proposto Policlínica Lago dos Rodrigues, o ANEXO I, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID – 19, com vigência até o final do contrato.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 343/2020 (fls. 01/02v), nos Planos de Trabalho propostos e ANEXO I (fls. 96/108v), no Parecer Técnico (fls. 163/164v), no Parecer Jurídico nº 924/2020/SAAJ/SES (fls. 170/173v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 174) nos autos.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2020.**

## CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

### 3.1. DO CUSTEIO MENSAL REGULAR DAS UNIDADES

3.1.1 O valor do aditivo em razão da readequação descrita na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará no aumento do custeio mensal de **R$ 870.776,48 (oitocentos e setenta mil, setecentos e setenta e seis reais e quarenta e oito centavos).**

3.1.2. O Custeio mensal global de R$ 8.465.197,88 (oito milhões, quatrocentos e sessenta e cinco mil, cento e noventa e sete reais e oitenta e oito centavos), readequado, passará para R$ 9.335.974,36 **(nove milhões, trezentos e trinta e cinco mil, novecentos e setenta e quatro reais e trinta e seis centavos),** conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL |
|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.542.977,81 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.522.727,49 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 235.892,44 |
| Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA | R$ 2.034.376,62 |
| TOTAL | R$ 9.335.974,36 |

3.2. DO VALOR DO CUSTEIO COVID-19

3.2.1. O valor do aditivo, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID - 19, descrito na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará no acréscimo mensal de **R$ 229.149,23 (duzentos e vinte e nove mil, cento e quarenta e nove reais e vinte e três centavos)**, que deverá ficar vigente até o último dia da vigência do contrato, conforme tabela abaixo:

| UNIDADE | CUSTEIO MENSAL | COVID – 19 ANEXO I Maio/Novembro 2020 | COVID – 19 ANEXO I Junho/Novembro 2020 |
|---|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.542.977,81 | R$ 2.939.548,11 | - |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.522.727,49 | - | - |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 235.892,44 | - | R$ 229.149,23 |
| Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA | R$ 2.034.376,62 | - | - |
| TOTAL CUSTEIO REGULAR + COVID | | R$ 12.504.769,70 | |

3.2.2. O valor mensal será distribuído nas seguintes fontes orçamentárias:

a) **FONTE 108:** No valor mensal de R$ 408.466,04 (quatrocentos e oito mil, quatrocentos e sessenta e seis reais e quatro centavos).

b) **FONTE 121:** No valor mensal de R$ 12.504.361,23 (doze milhões, quinhentos e quatro mil, trezentos e sessenta e um reais e vinte e três centavos).

3.2.3. O valor do custeio mensal global de R$ 11.404.843,99 (onze milhões, quatrocentos e quatro mil, oitocentos e quarenta e três reais e noventa e nove centavos) acrescido dos valores do custeio regular mais custeio/COVID-19 passará para **R$ 12.504.769,70 (doze milhões, quinhentos e quatro mil, setecentos e sessenta** e nove reais e **setenta centavos)**, que deverá ficar vigente até 01/11/2020.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1693 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL NINA RODRIGUES); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005109**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeir



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203856
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43806-FED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
011498

007409

b) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1693 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL NINA RODRIGUES); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005110**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

c) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 16231 (AÇÕES EMERGENCIAIS DE SAÚDE – COVID19); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005108**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

d) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1691 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005105**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

e) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1691 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005106**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

f) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1692 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL LAGO DOS RODRIGUES); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005107**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

g) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 16231 (AÇÕES EMERGENCIAIS DE SAÚDE – COVID19); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005111**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

h) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1698 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD VIANA); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005112**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

i) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1698 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD VIANA); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005113**, emitida em 05/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

## CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

5.1 A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer [illegible] parágrafo único, da Lei nº 8.666/1993



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203857
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43807-DEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
0499

CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 05 de junho de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES
CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA
Secretário de Estado da Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representada por BRUNO SOARES RIPARDO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible]
CPF nº: [illegible]

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 743.062.353-00

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203768
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43718-GOH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007411

11º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES
CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES
PROCESSO Nº 77.518/2020/SES

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretario de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 66312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.053-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "**implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA, Hospital Geral de Monção e Policlínica Lago dos Rodrigues**" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, Lei Federal nº 13.979/2020, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES:

a) alteração do perfil da Unidade do Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA para Hospital Regional de Viana.

007412

b) adequação de 20 (vinte) leitos cirúrgicos ortopédicos para leitos clínicos COVID, para atendimento de pacientes com síndrome respiratória no Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA, com o acréscimo no custeio, referente ao Recursos Humanos, serviços assistenciais, material médico hospitalar, material de consumo e serviços de terceiros, conforme o Plano Estadual de Contingência do Novo CoronaVírus 2019 – nCoV.

c) aquisição de equipamentos e móveis hospitalares, a título de plano de investimento.

d) ficarão incorporados ao Plano de Trabalho Hospital Regional de Viana, os ANEXOS propostos, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID – 19, com vigência até o final do contrato.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 036/2020 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 103/113v), no Parecer Técnico (fls. 137/140), no Parecer Jurídico nº 968/2020/SAAJ/SES (fls. 146/149v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 150) nos autos.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2020.**

## CLÁUSULA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO DO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE

3.1. Pelo presente instrumento fica alterada o perfil da Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA para **Hospital Regional de Viana.**

## CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR

### 4.1. DO CUSTEIO MENSAL REGULAR DAS UNIDADES

4.1.1. Permanecerão inalterados os valores do Custeio mensal global regular de **R$ 9.335.974,36 (nove milhões, trezentos e trinta e cinco mil, novecentos e setenta e quatro reais e trinta e seis centavos)**, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL |
|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.542.977,81 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.522.727,49 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 235.892,44 |
| Hospital de Trauma e Ortopedia da Baixada Maranhense – HTO VIANA | R$ 2.034.376,62 |
| TOTAL | R$ 9.335.974,36 |

### 3.2. DO VALOR DO CUSTEIO COVID-19

3.2.1. O valor do aditivo, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID - 19, descrito na Cláusula Primeira do presente instrumento, impactará no acréscimo mensal de **R$ 524.730,36 (quinhentos e vinte e quatro mil, setecentos e trinta reais e trinta e seis centavos),** que deverá ficar vigente até 01/11/2020, conforme tabela abaixo:



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLA
Santo Antônio de Pádua-RJ, 31/07/2023 RAYLA DOS SANTOS VI... ESCREVENTE
20% R$ 1,4... R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,... Total R$ 12,91
Selo: EEOL43722-EGE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico.
090589AA203772

| UNIDADE | CUSTEIO MENSAL | COVID – 19 ANEXO I Maio/Novembro 2020 | COVID – 19 ANEXO I Junho/Novembro 2020 |
|---|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.542.977,21 | R$ 2.939.646,11 | - |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.522.727,49 | - | - |
| Policlínica Lagoa dos Rodrigues | R$ 236.892,44 | - | R$ 229.149,23 |
| Hospital Regional de Viana | R$ 2.034.376,62 | - | R$ 524.730,36 |
| TOTAL CUSTEIO REGULAR + COVID | | R$ 13.029.500,06 | |

3.2.2. O valor mensal será distribuído nas seguintes fontes orçamentárias:

a) **FONTE 108:** No valor mensal de R$ 3.735.924,65 (sete milhões, setecentos e trinta e cinco mil, novecentos e vinte e quatro reais e sessenta e cinco centavos).

b) **FONTE 121:** No valor mensal de R$ 9.293.575,41 (nove milhões, duzentos e noventa e três mil, quinhentos e setenta e cinco reais e quarenta e um centavos).

### 3.3. DO VALOR DO INVESTIMENTO

3.3.1. Reconhecendo a necessidade da implementação de investimento para a aquisição de materiais/equipamentos, a Organização Social **CONTRATADA** deverá comprometer-se a investir na referida unidade, o valor de **R$ 1.090.771,26 (um milhão, noventa mil, setecentos e setenta e um reais e vinte e seis centavos)**, a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA no primeiro mês descritos nos ANEXOS II e III do plano de trabalho proposto.

3.4. O valor do custeio mensal global de R$ 12.504.769,70 (doze milhões, quinhentos e quatro mil, setecentos e sessenta e nove reais e setenta centavos) acrescido dos valores do custeio COVID-19 passará para **R$ 13.029.500,06 (treze milhões, vinte e nove mil, quinhentos reais e noventa e seis centavos)**, somado à parcela única para aquisição de equipamentos e móveis hospitalares de **R$ 1.090.771,76 (um milhão, noventa mil, setecentos e setenta e um reais e setenta e seis centavos)**, que deverá ficar vigente até 01/11/2020.

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 2º e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1693 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL NINA RODRIGUES); **FONTE** - 108; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005262**, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

b) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 1693 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL NINA RODRIGUES); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005263**, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

OC 7414

c) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO - 16231 (AÇÕES EMERGENCIAIS DE SAÚDE – COVID19); FONTE - 108; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005264, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

d) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO – 16492 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DE VIANA); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 44.90.52.35, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005265, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

e) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO - 1691 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO); FONTE - 108; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005266, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

f) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO - 1691 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005267, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

g) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO - 1692 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL LAGO DOS RODRIGUES); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005268, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso

h) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO - 16231 (AÇÕES EMERGENCIAIS DE SAÚDE – COVID19); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005269, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

i) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO - 16493 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DE VIANA – COVID19); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005270, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

j) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO – 16492 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DE VIANA); FONTE - 108; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005271, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

k) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO – 16492 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DE VIANA); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 33.90.39.50, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005272, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

l) UNIDADE ORÇAMENTÁRIA - 21901; PROGRAMA - 0596; AÇÃO - 4908; SUBAÇÃO – 16492 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DE VIANA); FONTE - 121; NATUREZA DESPESA - 33.90.30.99, conforme NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005273, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

m) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** – 16492 (MANUTENÇÃO – HOSPITAL REGIONAL DE VIANA); **FONTE** - 121; **NATUREZA DESPESA** - 44.90.52.08, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE005274**, emitida em 19/06/2020, correspondente ao exercício financeiro em curso.

**CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO**

5.1. A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, conforme art. 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/1993.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 19 de junho de 2020.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____
CPF nº: 013.615.313-20

2. Nome: _____
CPF nº: 229.700.013-9

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203755
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 2852-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43705-GEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**12º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES PROCESSO Nº 150.494/2020/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção e Policlínica Lago dos Rodrigues"** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES**:

a) prorrogação do prazo de vigência, visando a continuidade na prestação dos serviços médicos.

b) prorrogação de prazo de vigência das ações já existentes COVID-19 no Hospital Nina Rodrigues (implantação de 46 (quarenta e seis) Leitos Clínicos Adulto e 06 (seis) Leitos de unidades de cuidados intensivos UCI), para a execução do Plano Estadual de Contingência do Novo CoronaVírus 2019 – nCoV, que seguirá até dezembro 2020, Anexo I.

c) readequação (acréscimo e supressão), no Plano de Trabalho do Complexo Hospital Nina Rodrigues, com acréscimo de custeio no quadro de recursos humanos, material de consumo, serviços de terceiros e material médico hospitalar/medicamentos, com redução na despesa do serviço de terceiro do custeio Covid-19.

d) readequação (acréscimo e supressão) no plano de trabalho, em razão do remanejamento do custeio de Covid-19, parametrizando os serviços de saúde destinados ao Hospital Regional de Viana, para manutenção do custeio regular da unidade, impactando redução no serviço de terceiro do custeio regular.

e) readequação (acréscimo e supressão), no Plano de Trabalho do Hospital Geral de Monção, com acréscimo no custeio de material médico hospitalar/medicamentos, alimentação e material de consumo.

f) readequação (acréscimo e supressão) no plano de trabalho, em razão do remanejamento do custeio de Covid-19, parametrizando os serviços de saúde destinados à Policlínica Lago dos Rodrigues, para manutenção do custeio regular da unidade, impactando redução no serviço assistenciais custeio regular.

g) ficarão incorporados ao Plano de Trabalho Hospital Nina Rodrigues, os ANEXOS propostos, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID – 19, com vigência até dezembro 2020.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 010/2020 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 116/157v), no Parecer Técnico (fls. 297/299v), no Parecer Jurídico nº 1.567/2020/SAAJ/SES (fls. 305/308v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 309) nos autos.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O presente Contrato ficará prorrogado por mais **12 (doze) meses**, a contar de **01/11/2020,** com término previsto para **01/11/2021,** nos termos do Art. 57, Lei nº 8.666/93.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR DE CUSTEIO MENSAL REGULAR DAS UNIDADES**

3.1. O valor do aditivo em razão da readequação descrita na Cláusula Primeira, do presente instrumento, impactará no acréscimo do custeio regular mensal das unidades de saúde em **R$ 778.474,79 (setecentos e setenta e oito mil, quatrocentos e setenta e quatro reais e setenta e nove centavos).**

3.2. O valor do custeio mensal de R$ 9.335.974,36 (nove milhões, trezentos e trinta e cinco mil, novecentos e setenta e quatro reais e trinta e seis centavos) com o acréscimo, passará para **R$ 10.114.449,78 (dez milhões, cento e quatorze mil, quatrocentos e quarenta e nove reais e setenta e oito centavos).**

3.3. O montante aditivado para 12 (doze) meses será de **R$ 121.373.397,36 (cento e vinte e um milhões, trezentos e setenta e três mil, trezentos e noventa e sete reais e trinta e seis centavos).**

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL |
|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.872.150,91 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.527.436,36 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 264.481,99 |
| Hospital Regional de VIANA | R$ 2.450.380,52 |
| TOTAL | R$ 10.114.449,78 |

## CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO CUSTEIO COVID-19

4.1. O valor do aditivo, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID - 19, descrito na Cláusula Primeira do presente instrumento, será de **R$ 2.877.691,75 (dois milhões, oitocentos e setenta e sete mil, seiscentos e noventa e um reais e setenta e cinco centavos),** que deverá ficar vigente até dezembro 2020, conforme tabela abaixo:

| UNIDADE | CUSTEIO MENSAL | COVID – 19 ANEXO I novembro/dezembro 2020 |
|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.872.150,91 | R$ 2.877.691,75 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.527.436,36 | - |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 264.481,99 | - |
| Hospital Regional de Viana | R$ 2.450.380,52 | - |
| CUSTEIO REGULAR MENSAL + COVID | | R$ 12.992.141,53 |

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÕES | 1691 (Manutenção – Hospital Geral de Monção)<br>1692 (Manutenção – Hospital Lago Rodrigues)<br>1693 (Manutenção – Hospital Nina Rodrigues)<br>1694 (Manutenção – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas–CAPS AD)<br>1695 (Manutenção – Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III)<br>1698 (Manutenção – Hospital Regional Dr. José Murad Viana) |
| FONTES | 108 – 121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |

| | |
|---|---|
| **NOTAS DE EMPENHO**<br>Emitidas em 29/10/2020 | 2020NE009853<br>2020NE009856<br>2020NE009854<br>2020NE009857<br>2020NE009858<br>2020NE009859<br>2020NE009860<br>2020NE009862<br>2020NE009863 |

**CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

6.1. A publicação resumida deste termo aditivo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pela Administração até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, conforme art. 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/1993.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 29 de novembro de 2020.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible]
CPF nº: 224.300.6[illegible]-61

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 016.645.313-20

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

00[illegible]20

**13º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES PROCESSO Nº 189.248/2020/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção e Policlínica Lago dos Rodrigues"** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** no que se refere:

a) prorrogação de prazo de vigência das ações já existentes COVID-19 no Hospital Nina Rodrigues, Anexo I do Plano de Trabalho proposto, conforme Parecer Técnico.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 048/2020 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 115/157v), no Parecer Técnico (fls. 297/299v), no Parecer Jurídico nº 1.871/2020/SAAJ/SES (fls. 294/297), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 298) nos autos.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2021.**

## CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR DE CUSTEIO MENSAL REGULAR DAS UNIDADES

3.1. Permanecerão inalterados os valores contratados para o custeio regular dos serviços de saúde, sendo o valor mensal de **R$ 10.114.449,78 (dez milhões, cento e quatorze mil, quatrocentos e quarenta e nove reais e setenta e oito centavos)**, conforme quadro abaixo:

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL |
|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.872.150,91 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.527.436,36 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 264.481,99 |
| Hospital Regional de VIANA | R$ 2.450.380,52 |
| **TOTAL** | **R$ 10.114.449,78** |

## CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO CUSTEIO COVID-19

4.1. Permanecerão inalterados os valores contratados para o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID - 19, sendo o valor mensal de **R$ 2.877.691,75 (dois milhões, oitocentos e setenta e sete mil, seiscentos e noventa e um reais e setenta e cinco centavos),** que seguirá de 1º de janeiro a 30 de junho 2021, conforme tabela abaixo:

| UNIDADE | CUSTEIO MENSAL | COVID – 19 ANEXO I Janeiro/junho 2021 |
|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 4.872.150,91 | R$ 2.877.691,75 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.527.436,36 | - |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 264.481,99 | - |
| Hospital Regional de Viana | R$ 2.450.380,52 | - |
| **CUSTEIO REGULAR MENSAL + COVID** | | **R$ 12.992.141,53** |

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, está contemplada na Programação Anual de Saúde 2021, sendo a dotação orçamentária incluída quando da publicação do Decreto de Execução Orçamentária para o exercício de 2021:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÕES | 1691 (Manutenção – Hospital Geral de Monção)<br>1692 (Manutenção – Hospital Lago Rodrigues)<br>1693 (Manutenção – Hospital Nina Rodrigues)<br>1694 (Manutenção – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas–CAPS AD)<br>16492 (Manutenção – Hospital Regional Viana) |
| FONTES | 108 – 121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |

5.2. A **CONTRATANTE** terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.

**CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

6.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 31 de dezembro de 2020.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible]
CPF nº: 224.300.611-60

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 011.645.313-20

**14º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES PROCESSO Nº 48.961/2021/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "**implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção e Policlínica Lago dos Rodrigues**" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** no que se refere:

1.1. **HOSPITAL NINA RODRIGUES:**

a) a readequação do custeio regular mensal e no custeio mensal do COVID-19 na unidade de saúde, em razão do acréscimo da equipe de RH, bem como da repactuação de preço, no qual atualizou o salário mínimo nacional e do Acordo Coletivo de Trabalho 2021/2022, celebrado entre o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA) e o Instituto, impactando no acréscimo da despesa referente ao pagamento de pessoal, conforme Plano de Trabalho e Anexos I e II propostos, conforme Parecer Técnico.

b) repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 3 (três) parcelas, conforme Anexos III e IV propostos.

1.1.2. **CAPS AD E UAA**

a) a adequação do custeio regular mensal na unidade de saúde, em razão da repactuação de preço, no qual atualizou o salário mínimo nacional e do Acordo Coletivo de Trabalho 2021/2022, celebrado entre o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA) e o Instituto, impactando no acréscimo da despesa referente ao pagamento de pessoal, conforme Parecer Técnico.

b) repasse da diferença salarial dos meses de janeiro e fevereiro/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 3 (três) parcelas, conforme Anexo I proposto.

1.1.3. **CAPS BACELAR VIANA E RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS I , II e III**

a) a readequação do custeio regular mensal na unidade de saúde, em razão do acréscimo da equipe de RH, bem como da repactuação de preço, no qual atualizou o salário mínimo nacional e do Acordo Coletivo de Trabalho 2021/2022, celebrado entre o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA) e o Instituto, impactando no acréscimo da despesa referente ao pagamento de pessoal, conforme Parecer Técnico.

b) repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 3 (três) parcelas, conforme Anexo I proposto.

1.2. **HOSPITAL REGIONAL DE VIANA:**

a) a adequação do custeio regular mensal na unidade de saúde, em razão da repactuação de preço, no qual atualizou o salário mínimo nacional e do Acordo Coletivo de Trabalho 2021/2022, celebrado entre o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA) e o Instituto, impactando no acréscimo da despesa referente ao pagamento de pessoal, conforme Parecer Técnico.

b) repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 3 (três) parcelas, conforme Anexo I proposto.

1.3. **HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO.**

a) a adequação do custeio regular mensal na unidade de saúde, em razão da repactuação de preço, no qual atualizou o salário mínimo nacional e do Acordo Coletivo de Trabalho 2021/2022, celebrado entre o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA) e o Instituto, impactando no acréscimo da despesa referente ao pagamento de pessoal, conforme Parecer Técnico.

b) repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 3 (três) parcelas, conforme Anexo I proposto.

1.4. **POLICLINICA LAGO DOS RODRIGUES.**

a) a adequação do custeio regular mensal na unidade de saúde, em razão da repactuação de preço, no qual atualizou o salário mínimo nacional e do Acordo Coletivo de Trabalho 2021/2022, celebrado entre o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA) e o Instituto, impactando no acréscimo da despesa referente ao pagamento de pessoal, conforme Parecer Técnico.

b) repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 3 (três) parcelas, conforme Anexo I proposto.

1.5. Ficará incorporado ao Plano de Trabalho proposto para o Hospital Nina Rodrigues, o ANEXO I, parametrizando o custeio específico dos serviços de saúde destinados a prevenir e combater a pandemia do COVID19, excepcionalmente até o final da vigência do contrato

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 44/2021 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 461/506), no Parecer Técnico (fls. 326/330), no Parecer Jurídico nº 613/2021/SAAJ/SES (fls. 352/355v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 356) nos autos.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2021.**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR DE CUSTEIO MENSAL REGULAR DAS UNIDADES**

3.1. O valor do aditivo descrito na Cláusula Primeira, na alínea "a", dos itens 1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2; 1.3 e 1.4, do presente instrumento, impactará no acréscimo do custeio regular mensal da unidade de saúde em **R$ 254.372,15 (duzentos e cinquenta e quatro mil, trezentos e setenta e dois reais e quinze centavos).**

3.2. O valor do custeio regular mensal de R$ 10.114.449,78 (dez milhões, cento e quatorze mil, quatrocentos e quarenta e nove reais e setenta e oito centavos) readequado, passará para **R$ 10.368.821,93 (dez milhões, trezentos e sessenta e oito mil, oitocentos e vinte e um reais e noventa e três centavos)**, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL |
|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 5.024.839,96 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.590.293,16 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 267.371,44 |
| Hospital Regional de VIANA | R$ 2.486.317,37 |
| **TOTAL** | **R$ 10.368.821,93** |

## CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO CUSTEIO COVID-19

4.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, item 1.1, alínea "a", do presente Termo Aditivo, impactará no acréscimo mensal de **R$ 26.138,61 (vinte e seis mil, cento e trinta e oito reais e sessenta e um centavos)** no custeio dos serviços de saúde destinados ao COVID-19.

4.2. O custeio mensal específico dos serviços de saúde destinados ao COVID-19 (ANEXO II), readequado, passará de R$ 2.877.691,75 (dois milhões, oitocentos e setenta e sete mil, seiscentos e noventa e um reais e setenta e cinco centavos) para **R$ 2.903.830,36 (dois milhões, novecentos e três mil, oitocentos e trinta reais e trinta e seis centavos)**, que deverá permanecer o final do contrato, ou seja até 01/11/2021.

| UNIDADE | CUSTEIO MENSAL | COVID – 19 ANEXO I Até 01/11/2021 |
|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 5.024.839,96 | R$ 2.903.830,36 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.590.293,16 | - |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 267.371,44 | - |
| Hospital Regional de Viana | R$ 2.486.317,37 | - |
| **CUSTEIO REGULAR MENSAL + COVID** | | **R$ 13.272.652,29** |

## CLÁUSULA QUINTA – DOS VALORES DOS ACORDOS COLETIVOS DE TRABALHO – ACT

5.1. O repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021 descritos na alínea "b", dos itens 1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2; 1.3 e 1.4, da Cláusula Primeira, no valor de **R$ 279.500,92 (duzentos e setenta e nove mil, quinhentos reais e noventa e dois centavos)**, será desembolsado em 3 (três) parcelas, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | 1ª PARCELA | 2ª PARCELA | 3ª PARCELA |
|---|---|---|---|
| Complexo Nina Rodrigues | R$ 46.169,33 | R$ 46.357,78 | R$ 46.357,78 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 22.375,11 | R$ 22.375,11 | R$ 22.375,11 |
| Policlínica Lago dos Rodrigues | R$ 771,56 | R$ 771,56 | R$ 771,56 |
| Hospital Regional de Viana | R$ 23.725,34 | R$ 23.725,34 | R$ 23.725,34 |
| **TOTAL MENSAL DO REPASSE DE SALÁRIOS JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO** | **R$ 279.500,92** | | |

## CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

| | |
|---|---|
| **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** | 21901 |
| **PROGRAMA** | 0596 |
| **AÇÃO** | 4908 |
| **SUBAÇÕES** | 1691 (Gerenciamento – Hospital Geral de Monção)<br>1692 (Gerenciamento – Hospital Lago Rodrigues)<br>1693 (Gerenciamento – Hospital Nina Rodrigues)<br>1694 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas–CAPS AD)<br>1695 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III)<br>16492 (Gerenciamento – Hospital Regional de Viana) |
| **FONTES** | 108.301.000 – 121-139 |
| **NATUREZA DA DESPESA** | 33.90.39.50 |
| **Nota de Empenho**<br>Emitida em 30/04/2021 | 2021NE003361; 2021NE003362; 2021NE003363; 2021NE003364; 2021NE003365; 2021NE003366; 2021NE003337; 2021NE003340; 2021NE003342; 2021NE003344; 2021NE003346; 2021NE003347; 2021NE003348; 2021NE003349; 2021NE003350; 2021NE003351; 2021NE003352; 2021NE003353; 2021NE003354 |

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

7.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA OITAVA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

8.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

8.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 30 de abril de 2021.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible]
CPF nº: 224.500.613-68

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 045.820.513-32

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

15º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES
CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES
PROCESSO Nº 201.995/2021/SES

TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.

O ESTADO DO MARANHÃO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 8831229?-8 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.566.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 06.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. BRUNO SOARES RIPARDO, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 208.533.764, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790 de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100 de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação permanecendo as demais estipulações:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O objeto deste Termo é aditivar o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES no que se refere:

a) a prorrogação do prazo de vigência, visando a continuidade na prestação dos serviços médicos;

b) a exclusão dos serviços prestados na Policlínica de Lago dos Rodrigues excluindo a Unidade da Saúde do objeto do Termo de Parceria Nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão Nº 04/2018/SES

1.1.1. HOSPITAL NINA RODRIGUES:

a) a readequação no Plano de Trabalho proposto com o acréscimo no custeio regular mensal de Contrato, impactando nas linhas de despesa "Pagamento de Pessoal", "Material Médico Hospitalar/Medicamentos", "Alimentação", "Material de Consumo", "Serviços de Terceiros", "Serviços Assistenciais", "Serviços Técnicos de Apoio Administrativo" e "Pagamento de Pessoal (Anexo III)" conforme Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico;

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1.1.3. CAPS AD E UAA

a) a readequação no Plano de Trabalho proposto com o acréscimo no custeio regular mensal do Contrato, impactando nas linhas de despesa "Pagamento de Pessoal", "Material Médico Hospitalar/Medicamentos", "Alimentação", "Material de Consumo", "Serviços de Terceiros" e "Serviços Técnicos de Apoio Administrativo", conforme Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico;

1.1.4. HOSPITAL REGIONAL DE VIANA

a) a readequação no Plano de Trabalho proposto com o acréscimo no custeio regular mensal do Contrato, impactando nas linhas de despesa "Pagamento de Pessoal", "Material Médico Hospitalar/Medicamentos", "Alimentação", "Material de Consumo", "Serviços de Terceiros", "Serviços Assistenciais" e "Serviços Técnicos de Apoio Administrativo", conforme Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico.

1.1.5. HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO.

a) readequação no Plano de Trabalho proposto com o acréscimo no custeio regular mensal do Contrato, impactando nas linhas de despesa "Pagamento de Pessoal", "Material Médico Hospitalar/Medicamentos", "Alimentação", "Material de Consumo", "Serviços de Terceiros" e "Serviços Técnicos de Apoio Administrativo", conforme Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico.

1.1.6. CAPS BACELAR VIANA/RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS I, II E III

a) readequação através de remanejamento e ajustes entre as linhas de despesas, sem alteração no custeio regular mensal da Unidade de Saúde, conforme Plano Trabalho Proposto e Parecer Técnico.

PARÁGRAFO ÚNICO: O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na Cl nº 142/2021 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 213/250v), no Parecer Técnico (fls. 254/259), no Parecer Jurídico nº 1928/2021/SAAJ/SES (fls. 275/279), bem como na Autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 280) nos autos

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo ficará prorrogado por mais 12 (doze) meses a contar de 01/11/2021 com término previsto para 01/11/2022, nos termos da Cláusula Oitava do instrumento originário.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, do presente instrumento impactará no acréscimo do custeio regular mensal da unidade de saúde em R$ 321.543,94 (trezentos e vinte e um mil, quinhentos e quarenta e três reais e noventa e quatro centavos).

3.2. O valor do custeio mensal de R$ 13.272.652,29 (treze milhões, duzentos e setenta e dois mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e vinte e nove centavos), conforme o novo plano de trabalho proposto, passará para R$ 13.594.196,23 (treze milhões, quinhentos e noventa e quatro mil, cento e noventa e seis reais e vinte e três centavos).

3.3. O valor global para o prazo de 12 (doze) meses, será de R$ 163.130.354,76 (cento e sessenta e três milhões, cento e trinta mil, trezentos e cinquenta e quatro reais e setenta e seis centavos), a ser distribuído de conforme quadro abaixo:

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | |
|---|---|
| HOSPITAL NINA RODRIGUES | |
| Custeio Regular Mensal | R$ 4.351.[illegible] |
| ANEXO I (Leitos de Retaguarda) | R$ 2.909.390,38 |
| ANEXO II (Núcleo de Práticas Psiquiátricas) | R$ 49.085,19 |
| TOTAL MENSAL | R$ 7.004.256,85 |
| CAPS AD e UAA | |
| Custeio Regular Mensal | R$ [illegible] |
| TOTAL MENSAL | R$ 610.530,71 |
| CAPS BACELAR VIANA / RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS I, II e III | |
| Custeio Regular Mensal | R$ 565.071,06 |
| TOTAL MENSAL | R$ 565.071,06 |
| HOSPITAL REGIONAL DE VIANA | |
| Custeio Regular Mensal | R$ 2.838.910,51 |
| TOTAL MENSAL | R$ 2.838.910,51 |
| HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO | |
| Custeio Regular Mensal | R$ 2.749.325,93 |
| TOTAL MENSAL | R$ 2.749.325,93 |
| VALOR MENSAL TOTAL | |
| R$ 13.667.736,23 | |
| VALOR GLOBAL DO CONTRATO (12 MESES) | |
| R$ 163.130.954,76 | |

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21401 |
| PROGRAMA | 0068 |
| AÇÃO | 4609 |
| SUBAÇÕES | 1591 (Gerenciamento – Hospital Geral de Monção)<br>1593 (Gerenciamento – Hospital Nina Rodrigues)<br>1594 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)<br>1595 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial II – Bacelar)<br>16492 (Gerenciamento – Hospital Regional Viana) |
| FONTES | 100.001.000 e 112 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.32 |
| NOTAS DE EMPENHO. Emitidas em 29/10/2021 | 2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible]<br>2021NE[illegible] |

4.2. A CONTRATANTE terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.

* 5º Termo Aditivo ao Termo de Parceria nº 002/2015/SES convolado
Contrato de Gestão nº 04/2015/SES
Processo nº 001.095.2021/SES

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

5.1. A CONTRATANTE providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi ajustado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para validade jurídica.

São Luís (MA), 29 de outubro de 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES
CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA
Secretário de Estado da Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representada por BRUNO SOARES RIPARDO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ 2. Nome: _____

CPF nº: _____ CPF nº: _____

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203778
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43728-EHG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1º Termo Aditivo ao Termo de Parceria nº 012/2015 SES Convenio
Processo nº [illegible]

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTONIO DE PADUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43729-IOC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**16º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES**
**PROCESSO Nº 57.461/2022/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "**implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção**" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** no que se refere:

1.1. **HOSPITAL NINA RODRIGUES**

a) readequação do custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do reajuste do salário mínimo e da repactuação de preço ocasionada pelos efeitos trazidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2022, firmado entre o Instituto e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA), impactando no acréscimo de despesas com pagamento de pessoal, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico.



1252

b) a readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo no custeio regular mensal da Unidade de Saúde em razão do aumento das despesas com alimentação, material de consumo, serviços de terceiros e serviços técnicos de apoio administrativo, bem como pela inclusão de despesas com material permanente, conforme previsto no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) a readequação do Plano de Trabalho com acréscimo do custeio mensal dos Leitos de Retaguarda (46 leitos clínicos e 06 leitos UCI), em razão do aumento das despesas com pagamento de pessoal, alimentação, material de consumo e serviços técnicos de apoio administrativo, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

d) a readequação do Plano de Trabalho com acréscimo do custeio mensal do Núcleo de Perícias Psiquiátricas – NPP, em decorrência do aumento das despesas com pagamento de pessoal e serviços técnicos de apoio administrativo, consoante Anexo II do Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico;

e) a readequação do Plano de Trabalho, em razão da implantação do Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à saúde da Pessoa Idosa – CREAISPI, conforme estabelecido no Anexo III do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

f) ao investimento (despesa corrente e despesa de capital) para a implantação do Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à saúde da Pessoa Idosa – CREAISPI (Anexo III), a ser desembolsado em **PARCELA ÚNICA**, nos termos do **ANEXO IV** do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

g) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme Anexo V do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

1.2. **CAPS AD E UAA**

a) a readequação do custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do reajuste do salário mínimo e da repactuação de preço ocasionada pelos efeitos trazidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2022, firmado entre o Instituto e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA), impactando no acréscimo de despesas com pagamento de pessoal, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico;

b) a readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo no custeio regular mensal da Unidade de Saúde, em razão do aumento das despesas com alimentação, material de consumo, serviços de terceiros, serviços assistenciais e serviços técnicos de apoio administrativo conforme previsto no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT,, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203780
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLA PEREIRA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EFOL43730-LDC Consulte em http://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1.3. **CAPS BACELAR VIANA E RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS I, II e III**

a) a readequação do custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do reajuste do salário mínimo e da repactuação de preço ocasionada pelos efeitos trazidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2022, firmado entre o Instituto e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA), impactando no acréscimo de despesas com pagamento de pessoal, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico;

b) a readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo no custeio regular mensal da Unidade de Saúde, em razão do aumento das despesas com alimentação, material de consumo, serviços de terceiros, e serviços técnicos de apoio administrativo conforme previsto no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

1.4. **HOSPITAL REGIONAL DE VIANA**

a) a readequação do custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do reajuste do salário mínimo e da repactuação de preço ocasionada pelos efeitos trazidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2022, firmado entre o Instituto e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA), impactando no acréscimo de despesas com pagamento de pessoal, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico;

b) a readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo no custeio regular mensal da Unidade de Saúde, em razão do aumento das despesas com material de consumo, serviços de terceiros, serviços assistenciais (inclusão dos serviços de imagem) e serviços técnicos de apoio administrativo conforme previsto no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

1.5. **HOSPITAL GERAL DE MONÇÃO**

a) a readequação do custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do reajuste do salário mínimo e da repactuação de preço ocasionada pelos efeitos trazidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2022, firmado entre o Instituto e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA), impactando no acréscimo de despesas com pagamento de pessoal, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico;

b) a readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo no custeio regular mensal da Unidade de Saúde, em razão do aumento das despesas com alimentação, material de consumo, serviços de terceiros, e serviços técnicos de apoio administrativo conforme previsto no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203800
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE PROFISSIONAL DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 TOTAL R$ 12,91
Selo: EEOL43750-CEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selo/

1454

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203801
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 49,65 Total: R$ 12,91
Selo: EEOL43751-GCD Consulte em https://www.tjrj.jus.br/selodigital

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Ficará incorporado ao Plano de Trabalho proposto para o Hospital Nina Rodrigues, o ANEXO III, parametrizando o custeio dos serviços de saúde do Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à saúde da Pessoa Idosa – CREAISPI.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 45/2022 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 232/288v), no Parecer Técnico (fls. 290/296), no Parecer Jurídico nº 547/2022/SAAJ/SES (fls. 330/334v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 335).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2022**.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DO CUSTEIO MENSAL DAS UNIDADES

3.1. As readequações descritas na Cláusula Primeira item 1.1, alíneas "a" a "e", e itens 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5, alíneas "a" e "b", deste aditivo impactaram no acréscimo de **R$ 2.034.288,45 (dois milhões, trinta e quatro mil, duzentos e oitenta e oito reais e quarenta e cinco centavos)** ao custeio regular mensal do Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES.

3.2. O valor do custeio regular mensal de R$ 13.594.196,23 (treze milhões, quinhentos e noventa e quatro mil, cento e noventa e seis reais e vinte e três centavos), com os acréscimos, passará para **R$ 15.628.484,68 (quinze milhões, seiscentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e sessenta e oito centavos)**, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Custeio Regular | ANEXO I | ANEXO II | ANEXO III |
| Hospital Nina Rodrigues | R$ 4.465.494,12 | Leitos de Retaguarda | Núcleo de Pesquisas Psiquiátricas | CREAISPI |
| | | R$ 2.943.848,65 | R$ 50.308,55 | R$ 906.162,96 |
| CAPS AD e UAA | R$ 562.508,39 | * | * | * |
| CAPS Bacelar Viana Residências Terapêuticas I, II e III | R$ 741.182,89 | * | * | * |
| Hospital Regional Dr. Antônio Hadade - Viana | R$ 3.118.560,59 | * | * | * |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.840.408,53 | * | * | * |
| TOTAL CUSTEIO MENSAL | R$ 15.628.484,68 | | | |

## CLÁUSULA QUARTA – DO INVESTIMENTO

4.1. O investimento para implantação do Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à saúde da Pessoa Idosa – CREAISPI no Hospital Nina Rodrigues, ANEXO IV, descrito na Cláusula Primeira, alínea "f", deste aditivo, no valor total de **R$ 629.901,60 (seiscentos e vinte e nove mil, novecentos e um reais e sessenta centavos)** será desembolsado em parcela única e distribuído conforme quadro abaixo:

AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43752-CEE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/selosonline.



| PLANO DE INVESTIMENTO – HOSPITAL NINA RODRIGUES<br>Centro de Referência Especializado de Atenção Integral à saúde da Pessoa Idosa – CREAISPI<br>Anexo IV | |
|---|---|
| **Despesa de Capital** | **Despesa Corrente** |
| R$ 495.376,81 | R$ 134.524,79 |
| **TOTAL: R$ 629.901,60** | |

## CLÁUSULA QUINTA – DOS VALORES DOS ACORDOS COLETIVOS DE TRABALHO

5.1. O repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022 descritos na alínea "g" do item **1.1** e nas alíneas "c" dos itens 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5 da Cláusula Primeira deste aditivo, no valor de **R$ 210.688,70 (duzentos e dez mil, seiscentos e oitenta e oito reais e setenta centavos)**, será pago no mês de abril/2022, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO |
|---|---|---|---|
| Hospital Nina Rodrigues | R$ 47.442,58 | R$ 48.130,15 | R$ 47.442,58 |
| CAPS AD e UAA | R$ 8.938,46 | R$ 8.938,46 | R$ 8.938,46 |
| CAPS Bacelar Viana<br>Residências Terapêuticas I, II e III | R$ 8.938,46 | R$ 8.250,88 | R$ 8.250,88 |
| Hospital Regional Dr. Antônio Hadade – Viana | R$ 2.434,39 | R$ 2.492,35 | R$ 3.129,93 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.316,46 | R$ 2.434,39 | R$ 2.606,27 |
| TOTAL MENSAL DO REPASSE DE SALÁRIOS JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO | **R$ 210.688,70** | | |

## CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | | |
|---|---|---|
| **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** | 21901 | |
| **PROGRAMA** | 0596 | |
| **AÇÃO** | 4908 | |
| **SUBAÇÕES** | 1691 (Gerenciamento – Hospital Geral de Monção – 02/2015 INVISA)<br>1693 (Gerenciamento – Hospital Nina Rodrigues – 02/2015 INVISA)<br>1694 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD – 02/2015 INVISA)<br>1695 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III – 02/2015 INVISA)<br>16492 (Gerenciamento – Hospital Regional de Viana – 02/2015 INVISA) | |
| **FONTES** | 108.301.000<br>121 | |
| **NATUREZA DA DESPESA** | 33.90.39.50 | |
| **NOTAS DE EMPENHO**<br>Emitidas em 25/03/2022 | 2022NE002362<br>2022NE002363<br>2022NE002364<br>2022NE002365<br>2022NE002366<br>2022NE002367<br>2022NE002368<br>2022NE002369 | 2022NE002370<br>2022NE002371<br>2022NE002372<br>2022NE002374<br>2022NE002375<br>2022NE002376<br>2022NE002377<br>2022NE002378 |

CC 7437

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

7.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA OITAVA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

8.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

8.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 25 de março de 2022.

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203803
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 - Total R$ 12,91
Selo: EEOL43753-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

TESTEMUNHAS:

1. Nome: BARRO T
CPF nº: 224.700.611-01

2. Nome: Ana Paula C.
CPF nº: 045.820.513-32

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE MONTEIRA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43754-CEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203804



17º TERMO ADITIVO DE RERRATIFICAÇÃO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES.
PROCESSO Nº 57.461/2022/SES

**TERMO ADITIVO DE RERRATIFICAÇÃO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O ESTADO DO MARANHÃO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelo Secretário Adjunto de Assistência à Saúde, Sr. CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador da cédula de identidade nº 53.047.784-1 SESP/SP, inscrito no CPF sob o nº 035.564.403-77, residente e domiciliado nesta cidade, conforme Delegação de Competência instituída pela Portaria SES/MA nº 447 de 08 de abril de 2022, e o INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral, Sr. BRUNO SOARES RIPARDO, brasileiro, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a "Implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção" tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. O objeto deste Termo é RERRATIFICAR do 16º Termo aditivo ao Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES no que se refere a:

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203805
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente foto e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAVI...
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAVI ... CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43755-CCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



a) Rerratificação da Cláusula Primeira - DO OBJETO, Item 1.1, Alínea "g", no que se refere ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente à adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme Anexo VI do Plano de Trabalho;

b) Rerratificação da Cláusula Quinta - DOS VALORES DOS ACORDOS COLETIVOS DE TRABALHO, Item 5.1, no que se refere a informação do valor, contando com o Hospital Raimundo Lima - Anexo VI, do Plano de Trabalho do Hospital Nina Rodrigues;

PARÁGRAFO ÚNICO – O objeto deste Termo Aditivo está em conformidade com o estabelecido da Solicitação no Despacho Administrativo da SCRS/SES (fls. 396/397), no Parecer Jurídico nº 1021/2022 SAAJ/SES (fls. 404/406), bem como na autorização do Secretário Adjunto de Assistência à Saúde (fl. 407).

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RERRATIFICAÇÃO

2.1. Fica rerratificada a Cláusula Primeira, DO OBJETO, Item 1.1, Alínea "G" do 16º Termo Aditivo ao Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES.

2.1.1 ONDE SE LÊ:

> g) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme Anexo V do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

2.1.2. LEIA-SE

> g) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme Anexos V e VI do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

2.2. Fica rerratificada a Cláusula Quinta, DOS VALORES DOS ACORDOS COLETIVOS DE TRABALHO, Item 5.1, do 16º Termo Aditivo ao Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES.

2.2.1. ONDE SE LÊ:

> 5.1. O repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022 descritos na alínea "g" do item 1.1 e nas alíneas "c" dos itens 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5 da Cláusula Primeira deste aditivo, no valor de R$ 210.688,70 (duzentos e dez mil, seiscentos e oitenta e oito reais e setenta centavos), será pago no mês de abril/2022, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO |
|---|---|---|---|
| Hospital Nina Rodrigues | R$ 47.442,58 | R$ 48.130,15 | R$ 47.442,58 |
| CAPS AD e UAA | R$ 8.938,46 | R$ 8.938,46 | R$ 8.938,46 |
| CAPS Bacelar Viana Residências Terapêuticas I, II e III | R$ 8.938,46 | R$ 8.250,88 | R$ 8.250,88 |
| Hospital Regional Dr. Antônio Hadade - Viana | R$ 2.434,39 | R$ 2.492,35 | R$ 3.129,93 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.318,46 | R$ 2.434,39 | R$ 2.608,27 |
| TOTAL MENSAL DO REPASSE DE SALÁRIOS JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO | R$ 210.688,70 | | |

2.2.2. LEIA-SE:

CLÁUSULA QUINTA – DOS VALORES DOS ACORDOS COLETIVOS DE TRABALHO

5.1. O repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022 descritos na alínea "g" do item 1.1 e nas alíneas "c" dos itens 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5 da Cláusula Primeira deste aditivo, no valor de R$ 282.196,36 (duzentos e oitenta e dois mil, cento e noventa e seis reais e trinta e seis centavos), será pago no mês de abril/2022, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO |
|---|---|---|---|
| Hospital Nina Rodrigues | R$ 47.442,58 | R$ 48.130,15 | R$ 47.442,58 |
| Hospital Raimundo Lima (Anexo VI) | R$ 23.377,50 | R$ 24.065,08 | R$ 24.065,08 |
| CAPS AD e UAA | R$ 8.938,46 | R$ 8.938,46 | R$ 8.938,46 |
| CAPS Bacelar Viana Residências Terapêuticas I, II e III | R$ 8.938,46 | R$ 8.250,88 | R$ 8.250,88 |
| Hospital Regional Dr. Antônio Hadade - Viana | R$ 2.434,39 | R$ 2.492,35 | R$ 3.129,93 |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.318,46 | R$ 2.434,39 | R$ 2.608,27 |
| TOTAL MENSAL DO REPASSE DE SALÁRIOS JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO | R$ 282.196,36 | | |

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: 2º RADIONE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RADIONE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,05 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43756-EOF Consulte em https://www.tjrj.jus.br/selopublico
090589AA203806

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

7.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

8.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

8.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 14 de junho de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/MA
CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representada por BRUNO SOARES RIPARDO
CONTRATADA

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43774-GOG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible]
CPF nº: 224.500.617-60

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 151.584.343-49

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203925
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE CRISTINA
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43775-GLC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



**18º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES PROCESSO Nº 101.405/2022/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário Adjunto de Assistência à Saúde, Sr. **CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador da cédula de identidade nº 53.047.784-1 SESP/SP, inscrito no CPF sob o nº 035.564.403-77, residente e domiciliado nesta cidade, conforme Delegação de Competência Instituída pela Portaria SES/MA nº 447 de 08 de abril de 2022l, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Geral de Monção"** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. O objeto deste Termo é aditivar o **Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES** no que se refere a:

1.1. **HOSPITAL NINA RODRIGUES:**

a) readequação do Plano de Trabalho com acréscimo do custeio mensal dos Leitos de Retaguarda (46 leitos clínicos e 06 leitos UCI), em razão do aumento das despesas com Material de Consumo e Serviços Assistências, conforme estabelecido no Anexo II do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

b) inclusão do Mutirão de Cirurgias Oftalmológicas no Hospital Nina Rodrigues – Retaguarda Raimundo Lima (Anexo IV do Plano de Trabalho proposto), conforme Parecer Técnico e Plano de Trabalho Proposto;

c) repasse de despesa de capital para reforma e ampliação do SPA Nina Rodrigues a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA, conforme anexo V do Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico.

1.2. **CAPS AD E UAA**

a) repasse de despesa capital para reforma da Unidade de Acolhimento Adulta - UAA a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA, conforme Anexo I do Plano de Trabalho Proposto e Parecer Técnico.

1.3. **HOSPITAL REGIONAL DE VIANA:**

a) readequação através de remanejamento entre as linhas de despesas de "Material Médico-Hospitalar/Medicamentos", "Material e Consumo" e "Serviços de Terceiros", não havendo impacto no custeio regular mensal da Unidade de Saúde, conforme previsto no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

b) inclusão do Mutirão de Cirurgias Oftalmológicas no Hospital Regional de Viana – Antônio Hadade (Anexo I do Plano de Trabalho proposto), conforme estabelecido em Parecer Técnico e Plano de Trabalho Proposto.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido nas C I nº 94/2022/SAAS/SES (fls. 01/02), C I nº 427/2022/SAAS/SES (fls. 04/06), C I nº 76/2022/SAEM/SES (fls. 08/12) e C I nº 91/2022/SAEM/SES (fls. 13/15), nos Planos de Trabalho proposto e ANEXOS, (fls. 285/319v), no Parecer Técnico (fls. 324/331), no Parecer Jurídico nº 1174/2022/SAAJ/SES (fls. 354/358v) e 1269/2022/SAAJ/SES (fls. 372/372v), bem como na autorização do Secretário Adjunto de Assistência a Saúde (fl. 359).

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/11/2022.**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO CUSTEIO MENSAL DAS UNIDADES**

3.1. As readequações descritas na Cláusula Primeira item 1.1, alínea "a" deste aditivo impactarão no acréscimo de R$ 476.889,99 (quatrocentos e setenta e seis mil, oitocentos e oitenta e nove reais e noventa e nove centavos) ao custeio regular mensal do Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES.

3.2. O valor do custeio regular mensal de R$ 15.628.484,68 (quinze milhões, seiscentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e sessenta e oito centavos), com os acréscimos, passará para **R$ 16.105.374,67 (dezesseis milhões, cento e cinco mil, trezentos e setenta e quatro reais e sessenta e sete centavos)**, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Custeio Regular | ANEXO I | ANEXO II | ANEXO III |
| Hospital Nina Rodrigues | R$ 4.465.494,12 | Leitos de Retaguarda | Núcleo de Pesquisas Psiquiátricas | CREAISPI |
| | | R$ 3.420.738,64 | R$ 50.308,55 | R$ 906.162,98 |
| CAPS AD e UAA | R$ 562.508,39 | " | " | " |
| CAPS Bacelar Viana Residências Terapêuticas I, II e III | R$ 741.192,89 | " | " | " |
| Hospital Regional Dr. Antônio Hadado - Viana | R$ 3.118.560,69 | " | " | " |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.840.408,53 | " | " | " |
| TOTAL CUSTEIO MENSAL | R$ 16.105.374,67 | | | |

## CLÁUSULA QUARTA – DA DESPESA CAPITAL

4.1. As Despesas Capitais para reforma e ampliação do SPA Nina Rodrigues (anexo V do Plano de Trabalho Proposto do Hospital Nina Rodrigues) e para reforma da Unidade de Acolhimento Adulta – UAA(Anexo I do Plano de Trabalho Proposto do CAPS AD E UAA) , descritos na Cláusula Primeira, item 1.1 alínea "c" e item 1.2, alínea "a", deste aditivo, no valor total de **R$ 1.050.751,32 (um milhão, cinquenta mil, setecentos e cinquenta e um reais e trinta e dois centavos)** será desembolsado em PARCELA ÚNICA e distribuído conforme quadro abaixo:

| DESPESA CAPITAL - REFORMA | |
|---|---|
| Hospital Nina Rodrigues – Anexo V | CAPS AD e UAA – Anexo I |
| R$ 938.829,81 | R$ 111.921,51 |
| TOTAL: R$ 1.050.751,32 | |

## CLÁUSULA QUINTA – DOS MUTIRÕES

5.1. Para custeio do Mutirão de Cirurgias Oftalmológicas no Hospital Nina Rodrigues – Retaguarda Raimundo Lima (Anexo IV do Plano de Trabalho proposto) e Hospital Regional de Viana – Antônio Hadade (Anexo I do Plano de Trabalho proposto), descritos Cláusula Primeira, item '.', alínea "b" e item 1.3 alínea "b" será pago o valor de **R$ 2.300.000,00 (dois milhões e trezentos mil reais)**, a ser pago em **PARCELA ÚNICA**, distribuído conforme quadro abaixo:

| UNIDADE DE SAÚDE | |
|---|---|
| Hospital Nina Rodrigues - Retaguarda Raimundo Lima – Anexo IV | R$ 1.000.000,00 |
| Hospital Regional de Viana – Antônio Hadade – Anexo I | R$ 1.300.000,00 |
| **TOTAL MUTIRÕES** | **R$ 2.300.000,00** |

## CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1°, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0598 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÕES | 1691 (Gerenciamento – Hospital Geral de Monção)<br>1693 (Gerenciamento – Hospital Nina Rodrigues)<br>1694 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas–CAPS AD)<br>1695 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III)<br>16492 (Gerenciamento – Hospital Regional de Viana) |
| FONTES | 108.301.000<br>121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |
| NOTAS DE EMPENHO<br>Emitidas em 06/07/2022 | 2022NE006409<br>2022NE006410<br>2022NE006411<br>2022NE006414<br>2022NE006674<br>2022NE006675<br>2022NE006676<br>2022NE006678<br>2022NE006680<br>2022NE006682<br>2022NE006683<br>2022NE006684<br>2022NE006685<br>2022NE006686 |

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

7.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

8.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

8.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 11 de julho de 2022.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: Ana Julia C.
CPF nº: 045.890.513-32

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 032.139.162-80

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203829
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43779-EDG Consulte em https://www.[illegible].br/cartorios

**19º TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018/SES PROCESSO Nº 183.994/2022/SES**

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 02/2015/SES CONVOLADO EM CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2018, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

**O ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário Adjunto de Assistência à Saúde Sr. **CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador da cédula de identidade nº 50.047.764-1 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 035.564.403-77, residente e domiciliado nesta cidade, conforme Delegação de Competência instituída pela Portaria SES/MA nº 447 de 08 de abril de 2022, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado ADITAR o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES, o qual tem por objeto a **"implementação de serviços médicos e de apoio técnico ambulatorial e hospitalar e operação de serviços de baixa, média e alta complexidade, nas unidades de saúde Hospital Nina Rodrigues (CAPS AD, CAPS III, Residência Terapêutica I, Residência Terapêutica II, Residência Terapêutica III, Unidade de Atendimento Transitório – UAT Cohab), Hospital Regional de VIANA, Hospital Carol de Monção"** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, à luz do Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/93 que passa a ter a seguinte redação, permanecendo as demais estipulações.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. O objeto deste Termo é aditivar o Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04/2018/SES no que se refere a

a) prorrogação do prazo de vigência, por um período de 12 (doze) meses, visando a continuidade dos serviços prestados pela CONTRATADA;

b) readequação (acréscimo) do Plano de Trabalho, em razão do da Repactuação de preços acima dado pelos efeitos trazidos no Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2023, firmado entre o Instituto Vida e Saúde - INVISA e os sindicatos SINTAEMA e SINDSAÚDE, a partir de agosto de 2022, impactando nas linhas de despesas com pagamento de pessoal, conforme estabelecidos no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

1.1 HOSPITAL NINA RODRIGUES:

a) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio regular mensal da Unidade de Saúde, impactando com as despesas com Equipe de Recursos Humanos, Pagamento de Pessoal, Material Médico/Hospitalar, Serviços de Terceiros e Serviços Assistenciais, conforme estabelecido no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

b) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio do Núcleo de Perícias Psiquiátricas - NPP, impactando com as despesas com Pagamento de Pessoal conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio dos Leitos de Retaguarda – 48 Leitos Clínicos Adultos + 06 Leitos UCI, impactando com as despesas com Pagamento de Pessoal, Materiais de Consumo, Material Médico/Hospitalar e Serviços de Terceiros, conforme estabelecido no Anexo II do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

d) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio da Retaguarda Ambulatorial Especializada em Atenção à Saúde do Idoso (CREAISPI), impactando com as despesas com Pagamento de Pessoal, Serviços Assistenciais e Serviços de Terceiros, conforme estabelecido no Anexo III do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

1.2 CAPS AD E UAA

a) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio regular mensal da Unidade de Saúde, impactando com as despesas com Equipe de Recursos Humanos, Pagamento de Pessoal, Material Médico/Hospitalar e Alimentação (gênero carne e hortifruti), conforme estabelecido no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

1.3 CAPS II E RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS I, II E III:

a) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio regular mensal da Unidade de Saúde, impactando com as despesas com Equipe de Recursos Humanos, Pagamento de Pessoal, Material Médico/Hospitalar e Alimentação (gênero carne e hortifruti), conforme estabelecido no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

1.4. HOSPITAL REGIONAL DE VIANA:

a) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio regular mensal da Unidade de Saúde, impactando com as despesas com Equipe de Recursos Humanos, Pagamento de Pessoal, Alimentação (gênero carne e hortifrúti) e Material de Consumo, conforme estabelecido no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

1.5. HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO

a) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio regular mensal da Unidade de Saúde, impactando com as despesas com Equipe de Recursos Humanos, Pagamento de Pessoal, Material Médico/Hospitalar e Alimentação (gênero carne e hortifrúti) e Serviços de Terceiros, conforme estabelecido no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico.

1.6 REPASSE SALARIAL DO ACORDO COLETIVO

a) repasse da diferença salarial, referente aos meses de fevereiro/2022 a julho/2022, a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA, referente a adequação dos salários dos auxiliares e técnicos de enfermagem nos termos do Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2023, firmado entre o Instituto Vida e Saúde - INVISA e os sindicatos SINTAEMA e SINDSAÚDE, conforme previsto nos Planos de Trabalho de cada Unidade de Saúde e no Parecer Técnico.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O objeto deste Aditivo esta em conformidade com o estabelecido nas C I nº 153/2022/SAAS/SES (fls. 01/02), No Acordo de Trabalho Coletivo (fls 53/67v), nos Planos de Trabalho proposto e ANEXOS. (fls. 259/300), no Parecer Técnico (fls. 306/313), no Parecer Jurídico nº 2029/2022/SAAJ/SES (fls. 336/341v), bem como na autorização do Secretário Adjunto de Assistência à Saúde (fl. 342).

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Contrato ficará prorrogado por mais 12 (doze) meses, com início em 01/11/2022 e término previsto para 01/11/2023, nos termos da Cláusula Oitava do instrumento originário.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO CUSTEIO MENSAL DAS UNIDADES

3.1. As readequações descritas na Cláusula Primeira item 1 ao item 1.5 deste [illegible] impactarão no acréscimo de R$ 1.125.469,77 (um milhão, cento e vinte e cinco [illegible] quatrocentos e oitenta e nove reais e setenta e sete centavos) ao custeio regular mens[illegible] Termo de Parceria nº 02/2015/SES Convolado em Contrato de Gestão nº 04.2[illegible]/SES

3.2 O valor do custeio regular mensal de R$ 16.105.374,67 (dezesseis milhões, cento e cinco mil, trezentos e setenta e quatro reais e sessenta e sete centavos), com os acréscimos passará para R$ 17.230.864,44 (dezessete milhões, duzentos e trinta mil, oitocentos e sessenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos), conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | CUSTEIO MENSAL | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Custeio Regular | ANEXO I | ANEXO II | ANEXO III |
| Hospital Nina Rodrigues | R$ 4.696.902,79 | Núcleo de Pesquisas Psiquiátricas | Leitos de Retaguarda | CREAISPI |
| | | R$ 50.313,19 | R$ 3.544.543,88 | R$ 1.171.387,53 |
| CAPS AD e CAPS | R$ 600.986,35 | - | - | - |
| CAPS Bacelar Vieira - Residências Terapêuticas I, II e III | R$ 786.764,71 | - | - | - |
| Hospital Regional Dr. Antônio Radade - Viana | R$ 3.421.535,13 | - | - | - |
| Hospital Geral de Monção | R$ 2.935.350,68 | - | - | - |
| TOTAL CUSTEIO MENSAL | R$ 17.230.864,44 | | | |
| TOTAL GLOBAL | R$ 206.770.373,28 | | | |

3.3 O montante aditivado para 12 (doze) meses será de R$ 206.770.373,28 (duzentos e seis milhões, setecentos e setenta mil, trezentos e setenta e três reais e vinte e oito centavos).

CLÁUSULA QUARTA – DO REPASSE SALARIAL DO ACORDO COLETIVO

4.1. O repasse da diferença salarial dos meses de fevereiro/2022 a julho/2022, descrito no item "1.3", da Cláusula Primeira do presente instrumento, nos termos do Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2023, firmado entre o Instituto Vida e Saúde - INVISA e os sindicatos (SINTARMA e SINDSAÚDE), será no valor total de R$ 221.941,82 (duzentos e vinte e um mil, novecentos e quarenta e um reais e oitenta e dois centavos), a ser desembolsado em parcela única, conforme quadro abaixo:

| DIFERENÇA ACT | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MESES | Hospital Nina Rodrigues (anexo IV) | CAPS AD e UA (Anexo I | CAPS III / Residências Terapêuticas I,II,III (Anexo I) | Hospital Regional De Viana (Anexo I) | Hospital Regional De Monção (Anexo II) |
| Fevereiro/22 | R$ 18.077,45 | R$ 1.189,31 | R$ 1.823,60 | R$ 8.548,21 | R$ 7.[illegible] |
| Março/22 | R$ 18.553,18 | R$ 1.189,31 | R$ 1.823,60 | R$ 8.004,65 | R$ 6.[illegible] |
| Abril/22 | R$ 18.870,33 | R$ 1.189,31 | R$ 1.665,03 | R$ 8.190,79 | R$ 6.[illegible] |
| Maio/22 | R$ 19.504,62 | R$ 1.189,31 | R$ 1.665,03 | R$ 8.126,65 | R$ 6.[illegible] |
| Junho/22 | R$ 19.187,45 | R$ 1.189,31 | R$ 1.665,03 | R$ 8.190,79 | R$ 6.[illegible] |
| Julho/22 | R$ 19.346,05 | R$ 1.189,31 | R$ 1.744,32 | R$ 8.128,65 | R$ 6.[illegible] |
| TOTAL REPASSE GLOBAL | R$ 221.841,82 | | | | |

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente da execução do objeto deste Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4905 |
| SUBAÇÕES | 1691 (Gerenciamento – Hospital Geral Dr [illegible])<br>1693 (Gerenciamento – Hospital Nina Rodrigues)<br>1694 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS AD)<br>1695 (Gerenciamento – Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III)<br>16492 (Gerenciamento – Hospital Regional de Viana) |
| FONTES | 108 301 000<br>121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33 90 39 00 |
| NOTAS DE EMPENHO<br>Emitidas em 28/11/2022 | [illegible] |

(*) Termo Aditivo ao Termo de Parceria nº 20/201[illegible]
Processo nº 10[illegible]

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6.2 A CONTRATANTE terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.

CLAUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

6.1 A CONTRATANTE providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento

8.1 E para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica

São Luís (MA), 28 de outubro de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES
CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representada por BRUNO SOARES RIPARDO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1. Nome: [illegible]
CPF nº 224.700.615-60

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 045.820.513-32

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203819
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE VISTOSA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE VISTOSA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,25 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43769-FGL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**
**SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA OPERACIONAL

O Estado do Maranhão, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **ATESTA** para os devidos fins, que o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, nº. 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro / RJ, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, devidamente qualificada perante este Estado como Organização Social, celebrou Contrato de Gestão nº. 02/2018/SES, Processo nº. 123.596/2018/SES, tendo como objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO – SÃO LUÍS/MA**, este com 46 (quarenta e seis) leitos, tendo como especialidades: Urgência e Emergência em Clínica Médica, Traumato/Ortopedia e Prestação de Serviços de Apoio em diagnóstico - SADT e no **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – HTO – CAXIAS/MA**, este com 50 (cinquenta) leitos, tendo como especialidades: Urgência e Emergência em Clínica Médica e Traumato/Ortopedia e 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva -UTI) e Prestação de Serviços de Apoio em Diagnóstico – SADT. O Contrato teve início em 22 de maio de 2018, estando vigente até a presente data, executado em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

São Luís/MA, 20 de julho de 2023.

**Katia Cristina de Castro Veiga Trovão**
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde
ID: 865006-03

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203625
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43628-OCC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2018/SES
PROCESSO Nº 123.596/20187/SES

CONTRATO EMERGENCIAL QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES E INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, NA FORMA ABAIXO:

O ESTADO DO MARANHÃO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES, situada na Av. Carlos Cunha, s/n, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato, representada por seu Secretário, Sr. CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA, brasileiro, casado, advogado, portador de cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital, e, do outro lado, o INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, por DENNER ORNELLAS CORTAT, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 93-1-03907-0, CREA/RJ e inscrito no CPF sob o nº 868.424.557-15, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL decorrente do PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 123.596/2018/SES, com fundamento no Decreto Estadual nº 31.398/2015 e 32.651/2017, observado os requisitos previstos na Lei Estadual nº 7.066/1998, Lei Federal nº 9.637/98, Portaria nº 1.081/2016, Medida Provisória nº 272, de 18 de maio de 2018 aplicando supletivamente, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL tem por objeto a execução operacionalização das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade no HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO, em consonância com o Termo de Referência e Parâmetros de Contratação.

1.2. É recomendável a leitura integral da legislação, não podendo a Organização Social ou seu dirigente alegar, futuramente, que não a conhece, seja para deixar de cumpri-la, seja para evitar as sanções cabíveis.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210319
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario - FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,09 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87041-EDD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Integram o presente Contrato, independentemente de transcrição:

a) Termo de Referência;

b) Parâmetros de Contratação;

c) Proposta da **CONTRATADA**;

d) Portaria nº 1.081/2016/SES.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÕES DOS SERVIÇOS:**

2.1. A execução, portanto, do contrato de gestão das atividades e serviços de saúde do Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, ocorrerá conforme procedimentos discriminados nos Parâmetros de Contratação, o qual faz parte integrante deste Termo de Referência (Anexo I).

2.2. O endereço do hospital onde destina-se à execução dos serviços está localizado na Rua Cantanhede, quadra 44, nº 03, Bairro Turu, São Luís – MA.

2.3. A execução dos serviços de saúde descritos neste Termo de Referência compreenderá os procedimentos discriminados no Anexo I (Parâmetros de Contratação), a saber, atendimento ambulatorial especializado, internação hospitalar, cirurgia Traumato-ortopédico Adulto e Pediátrico e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

2.4. Para a execução dos serviços supracitados, a CONTRATADA deverá observar, ainda, que:

a) **O CONTRATANTE** estabelecerá normas para atingir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização dos exames subsequentes, o local da revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com a **CONTRATADA** e a satisfação do usuário do SUS.

b) No caso de ocorrer extrapolação nos quantitativos físicos de determinado procedimento previsto no contrato, o pagamento será do valor mensal previsto no contrato, e que não exceda a capacidade instalada da **CONTRATADA**.

c) A Documentação comprobatória dos serviços da **CONTRATADA** será submetida à análise da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde/ SES, através da equipe de Controle e Avaliação da **CONTRATANTE**, que procederá à aceitação, rejeição ou glosa, conforme Portaria Estadual nº 1.081/2016/SES, publicada no DOE-MA do dia 02 de fevereiro de 2017.

d) Em caso de não aceitação de serviços por estarem em desacordo com as especificações licitadas, tais despesas correrão por conta da **CONTRATADA**.

2.5. Os serviços ora pactuados serão prestados diretamente por profissionais no estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA** e serão admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar os serviços decorrentes deste contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para efeitos de contratação, consideram-se profissionais do estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA**:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210320
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87042-QEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

I - O membro do seu corpo clínico;

II - O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

III - O profissional autônomo que, eventualmente, ou permanentemente, preste serviço a **CONTRATADA**, ou se por este autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso III do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Nos atendimentos na Unidade de apoio e terapia, bem como no acompanhamento do paciente e familiar serão cumpridas as seguintes normas:

a) Os pacientes serão atendidos conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde/MS;

b) É vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente;

c) A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita por seu profissional ao paciente ou seu representante, em razão da execução do presente instrumento.

**PARÁGRAFO QUARTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE**.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 Constituem-se obrigações da **CONTRATADA**, além das descritas supra:

a) Realizar a execução dos serviços na forma como indicada no Termo de Referência, Planilhas e demais anexos, bem como na proposta apresentada em seu Regulamento, mantendo a disposição da **CONTRATANTE**, durante 24 (vinte e quatro horas), os serviços quando solicitados.

b) Obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação, além da documentação pertinente atualizada, comunicando à SES-MA qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente.

c) Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários à boa execução deste contrato, conforme a legislação aplicável à espécie.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 0905B9AA210321
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87043-PEQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

d) Arcar com os encargos sociais, trabalhistas e regulamentares da categoria dos seus funcionários (acordos e convenções coletivas), bem como vantagens (vale-transporte, vale-alimentação, etc.) decorrentes da relação de emprego;

e) Apresentar à SES-MA o nome do Banco, Agência e o número da conta bancária específica, para efeito de crédito do pagamento das obrigações, constando como titular o Programa/Projeto/Unidade de Saúde sob sua gestão, para o repasse dos recursos mensais.

f) Assumir total responsabilidade por qualquer dano pessoal ou material que porventura venham a causar ao patrimônio da **CONTRATANTE** ou a terceiros quando da execução dos serviços estabelecidos nos Parâmetros de Contratação.

g) Apresentar, juntamente com as faturas mensais, relatórios gerenciais circunstanciados de produtividade, discriminando os serviços executados no mês anterior, assim como os respectivos dados estatísticos de frequência.

h) Manter sigilo dos dados e informações, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios, documentos e informações de pacientes a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria de Estado da Saúde (SES);

i) A CONTRATADA deverá Prestar Contas junto à Comissão designada, devendo encaminhar até o dia 28 de cada mês subsequente ao mês de referência, Relatório de Prestação de Contas acompanhado da respectiva documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado, observando-se a Portaria nº 1.081/2016/SES.

j) A prestação de contas implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e das notas fiscais e comprovantes de pagamento destas, referentes aos serviços prestados e de aquisição de insumos, bem como, a cópia das guias de recolhimento dos tributos com seus respectivos comprovantes, nos termos da Portaria n.º 1.081/2016-SES. A não apresentação da prestação de contas dentro do prazo estabelecido ocasionará a suspensão do pagamento do mês subsequente.

k) Contratar, sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a SES, todo o pessoal qualificado necessário à prestação dos serviços técnicos objeto deste instrumento.

l) Realizar constante qualificação, capacitação e avaliação do seu pessoal, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde os comprovantes de disponibilização dos cursos e capacitações, além das avaliações periódicas.

m) Administrar, conservar e manter em perfeitas condições de uso, os bens móveis/ imóveis disponibilizados para prestação dos serviços.

n) A possível aquisição de bens móveis permanentes deverá ser autorizada pela CONTRATANTE, sob pena de desconhecimento do faturamento correspondente, e poderá ensejar a readequação dos Parâmetros de Contratação inicialmente propostos.

o) Informar de imediato, e por escrito à SES, qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210322
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87044-HGJ Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico

p) Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionárias, sendo de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA as obrigações de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja, ainda que eventualmente tenham sido adotadas medidas preventivas, as quais não excluirão ou reduzirão a responsabilidade de fiscalização do contrato pela CONTRATANTE.

q) Responsabilizar-se com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados, à SES e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

r) Manter em perfeitas condições de uso as instalações hidráulicas, elétricas, sanitárias, telefônicas e de gases em geral, utilizados na prestação dos serviços contratados.

s) Permitir que a Secretaria de Estado de Transparência e Controle e a fiscalização da SES tenham acesso a todos os documentos da CONTRATADA que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente instrumento.

t) Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações da Instituição.

u) Nos ajustes onerosos ou não, celebrados pela CONTRATADA com terceiros, fica vedado o estabelecimento de avença com pessoas jurídicas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou associados.

v) Deve a organização social parceira realizar imediata comunicação ao órgão ou à entidade supervisora e à Procuradoria-Geral do Estado acerca das demandas judiciais em que figure como parte, com encaminhamento a este último órgão das informações, dos dados e documentos requisitados para a defesa dos interesses do Estado do Maranhão, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo.

w) É vedado à entidade qualificada como organização social qualquer tipo de participação em campanha de interesse político-partidário ou eleitoral.

x) A organização social fará publicar, no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal com emprego de recursos provenientes do Poder Público, em que se estabeleça a observância dos princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e da publicidade.

**PARÁGRAFO ÚNICO.** A **CONTRATADA** compromete-se ainda:

I- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo determinado nos instrumentos normativos específicos.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210323
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$. 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87045-EPP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

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

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

IV- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;

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

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

VII- Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

VIII- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitando-se as normas de sua rotina hospitalar;

IX- Notificar ao **CONTRATANTE** da eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, com cópias autenticadas da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, comprovando a mudança;

X- Admitir em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura da unidade, desde que respeitadas às exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pela **CONTRATADA**.

XI- A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer ao paciente relatório do atendimento prestado, que será ressarcido pelo **CONTRATANTE**, com os seguintes dados:

a) Nome do paciente;

b) Nome da Unidade;

c) Localidade (Estado/Município)

d) Motivo do atendimento;

e) Data do atendimento;

f) Data da Alta.

## CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

a) efetuar repasses financeiros à **CONTRATADA**, no valor, forma e prazos ajustados;

b) gerenciar o contrato, indicando, sempre que solicitado, o nome da **CONTRATADA**, o preço e a descrição do (s) objeto (s) contratado(s);

c) convocar a **CONTRATADA** via fax, e-mail, ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do contrato;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210324
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87046-PPP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

d) observar para que, durante a vigência do contrato, sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação, bem assim, a compatibilidade com as obrigações assumidas, inclusive com solicitação de novas certidões ou documentos vencidos;

e) prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Termo de Referência;

f) acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do contrato, de acordo com o que consta em seus anexos;

**g) permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante TERMOS DE PERMISSÃO DE USO e sempre que uma nova aquisição for realizada por determinação da CONTRATANTE;**

h) inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, **anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso**;

i) designar representante da Administração Pública através da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde e Comissão de Contas de Unidade da Saúde a fim de acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, conforme artigo 1º e seus parágrafos, da Portaria Nº 1081 de 13 de dezembro de 2016.

j) a **CONTRATANTE** deverá requerer a apresentação, pela entidade qualificada, ao termino de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, o relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

l) receber, analisar e emitir parecer conclusivo sobre a execução dos serviços e sobre a prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA**, por intermédio das Comissões designadas.

**m) inventariar e avaliar os bens adquiridos durante a parceria, quando do encerramento da contratação, os quais serão REVERTIDOS à Administração Pública, em conformidade com a Lei nº 7066/98.**

## CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1 O contrato terá vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data da assinatura do contrato, sendo vedada a sua prorrogação.

## CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

6.1. O recurso financeiro para a presente licitação correrá por conta da Ação:

| | |
|---|---|
| AÇÃO | 4793 |
| PI | HTO |
| FONTE | 121 |
| ND | 339039 |
| NE | 04513 de 22/05/2018 |



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210325
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario. FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87047-GEJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CLÁUSULA SETIMA – DA AVALIAÇÃO

7.1 A Comissão de Contas de Unidade de Saúde, constituída pela Secretária de Estado da Saúde, e ainda em conformidade com o disposto no § 2º do artigo 8º da Lei Estadual 7.066/1998, terá como atribuição verificar e avaliar as atividades e serviços de saúde executados pela **CONTRATADA**, bem como os indicadores e resultados alcançados com o presente Contrato de Gestão.

7.2 Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

7.3 Serão adotados os seguintes parâmetros para fins de transferência de recursos em função da avaliação do desempenho:

7.3.1. Manutenção de equipe mínima conforme definido no plano de trabalho.

7.3.2. Produtividade por procedimento de acordo como plano de trabalho.

7.3.3. A não manutenção da equipe mínima estabelecida para os serviços previstos nos Contratos de Gestão e Termos de Parceria implicará no desconto do valor de pessoal e reflexo correspondente aos profissionais não contratados pelas Organizações Sociais – OS.

7.3.4. A transferência de recursos referentes à produtividade por procedimento será realizado de acordo com os seguintes índices de indexação:

a) O cumprimento de 85,00% ou mais das metas de produção assistencial não implicará em desconto.

b) O não cumprimento de no mínimo 85 % implicará no desconto de 10 % sobre a proporção da respectivo procedimento, conforme Parâmetro para descontos e Avaliação, sendo que o desconto proporcional incidirá sobre 90% (noventa por cento) do valor total das metas estabelecidas no plano de trabalho.

c) O não cumprimento de no mínimo 70 % implicará no desconto de 15 % sobre a proporção do procedimento, conforme Parâmetro para descontos e Avaliação, sendo que o desconto proporcional incidirá sobre 90% (noventa por cento) do valor total das metas estabelecidas no plano de trabalho.

d) O não cumprimento de no mínimo 60 % implicará no desconto de 20 % sobre a proporção do procedimento, conforme Parâmetro para descontos e Avaliação, sendo que o desconto proporcional incidirá sobre 90% (noventa por cento) do valor total das metas estabelecidas no plano de trabalho.

7.3.5. Os descontos previstos incidirão no repasse do mês subsequente à prestação do serviço do mês da ocorrência.

7.3.6. As metas de produção assistenciais serão acompanhadas mensalmente pela Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde - SAAS, e levarão em consideração as atividades realizadas frente às metas estabelecidas para cada procedimento, conforme Quadro de Metas de Produção e Equipe Mínima por Modalidade de Serviço estabelecidas no Plano de Trabalho.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210331
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO [illegible] Alves Faria
SUBSTITUTO.
Escrevente
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEQP87053-PQE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/5967

7.3.7. Em caso de execução abaixo de 85% das metas de produção assistencial por período maior de 03 (três) meses acumulativo e/ou consecutivos, sem prejuízo de outras sanções, será realizada a revisão das metas de produção assistencial pactuadas por procedimento assistencial, dos recursos humanos estimados para execução das atividades contratadas, assim como a revisão do Plano de Trabalho, com base na análise de eventuais mudanças na demanda assistencial formalizando as necessárias alterações por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão e Termo de Parceria.

| Recursos Humanos<br>Equipe Mínima<br>Parâmetro de avaliação:<br>Equipe da Unidade estabelecida no contrato | | Produção<br>Parâmetro de avaliação:<br>Metas de produção assistencial estabelecida para procedimento por serviço/unidade | |
|---|---|---|---|
| Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto |
| Contratação de 100% das equipes mínimas estabelecidas | Desconto do valor de pessoal e reflexos correspondente aos profissionais não contratados, conforme Plano de Trabalho. | Acima de 85% | Não tem desconto |
| | | O não cumprimento de no mínimo 85% | Desconto de 10% sobre a representatividade do procedimento assistencial correspondente à meta não cumprida |
| | | O não cumprimento de no mínimo 70% | Desconto de 15% sobre a representatividade do procedimento assistencial correspondente à meta não cumprida |
| | | O não cumprimento de no mínimo 60% | Desconto de 20% sobre a representatividade do procedimento assistencial correspondente à meta não cumprida |



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210326
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEQP87048-HQH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

## CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO

8.1 A SES-MA designará Comissão para gerenciar e fiscalizar o contrato, conforme atribuição definida pela Portaria SES nº 1.081/2016, a qual anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, controlando, permanentemente, a frequência do pessoal contratado.

8.2 A Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde – SAAS será responsável pelo acompanhamento do Contrato de Gestão, envolvendo a verificação objetiva de que os serviços contratados estão sendo realizados de forma satisfatória e, também, pela identificação do alcance das metas do contrato.

8.3 A Comissão de Contas de Unidade da Saúde será responsável pela fiscalização do cumprimento das diretrizes contratuais e aprovar os demonstrativos financeiros e as contas apresentadas pela Organização Social – OS.

8.4 As decisões e providências que ultrapassarem a competência da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde – SAAS e da Comissão de Contas de Unidade da Saúde deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas conveniente. A fiscalização do contrato será acompanhada por setor competente indicado pela SES-MA.

8.5 A Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde – SAAS realizará o acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde contratados utilizando indicadores selecionados para esta finalidade segundo objetivo a ser avaliado e a tipologia de serviço contratualizado.

8.6 O acompanhamento da produção será realizado de acordo com as metas estabelecidas no Plano de Trabalho que integram o presente contrato.

8.7 A Comissão de Contas de Unidade da Saúde realizará o acompanhamento da execução financeira através do monitoramento e análise das informações estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde e disponibilizadas mensalmente pela Organização Social no Sistema de Informações de Contas (SIS-C).

## CLÁUSULA NONA – DO CUSTEIO DA UNIDADE – DO VALOR:

9.1. A Organização Social selecionada deverá comprometer-se a custear a implementação de insumos e demais despesas relacionadas ao objeto da contratação, conforme regras definidas no presente Termo de Referência e Plano de Trabalho anexo, devendo desembolsar junto à referida unidade **até o valor máximo mensal de R$ 2.900.689,85 (dois milhões, novecentos mil, seiscentos e oitenta e nove reais e oitenta e cinco centavos), totalizando a quantia de R$ 17.404.139,10 (dezessete milhões, quatrocentos e quatro mil, cento e trinta e nove reais e dez centavos).**

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O valor estabelecido no item 9.1 tem por base o perfil e as metas de atendimento/produção, tomadas por parâmetro levantamentos de custos de unidades de saúde de características semelhantes.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210327
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87049-IGQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE REPASSE FINANCEIRO PARA O CUSTEIO MENSAL DA UNIDADE

11.1 Os recursos financeiros necessários ao cumprimento do presente objeto serão repassados pela **CONTRATANTE** em parcelas mensais, mediante a apresentação da Nota Fiscal ou Fatura, Relatório Gerencial e de Produtividade correspondente à produção realizada no mês anterior, devidamente emitido e atestado pelo Diretor da Unidade de Saúde Administrada todos originais.

11.2 A Nota Fiscal ou Fatura será protocolada nesta SES-MA, até o quinto dia útil subsequente ao mês da execução dos serviços, através de ofício encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde, devendo, ainda, conter todas as informações necessárias para dela se dar quitação e estar de acordo com as normas fiscais vigentes, notadamente, a Portaria Estadual nº 1.081/2016, de 02 de fevereiro de 2017.

11.3 Os recursos necessários para a cobertura das despesas com investimento para implantação e ambientação da unidade serão liberados, mediante aprovação prévia da execução pela **CONTRATANTE.**

11.4 A não observância do prazo previsto para a apresentação da Nota Fiscal ou Fatura e demais documentos necessários ao pagamento, ou a sua apresentação com incorreções ou ausências de documentos ensejará a prorrogação do prazo de pagamento por igual número de dias a que corresponderem os atrasos e/ou incorreções verificadas, não cabendo à **CONTRATADA**, qualquer acréscimo decorrente deste atraso, de sua única e total responsabilidade.

11.5 A **CONTRATADA** lançará na Nota Fiscal ou Fatura das especificações dos serviços executados de modo idêntico àquelas constantes do objeto do Contrato e da Nota de Empenho.

11.6 A Nota Fiscal ou Fatura serão atestadas pelo Gestor da Unidade de Saúde, observadas as normas estabelecidas no Contrato.

11.7 O desembolso financeiro será efetuado pelo **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do Atesto, através de depósito em conta corrente específica da **CONTRATADA.**

11.8 O descumprimento das obrigações trabalhistas, inclusive regulamentares e constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho da categoria de seus empregados, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejarão o pagamento, em juízo, dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

11.9 Os repasses de recursos de contratos de gestão serão realizados da seguinte forma:

I – O pagamento das despesas correrá em parcelas mensais, conforme o plano de trabalho a serem pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês consignado, em conformidade com a avaliação dos critérios estabelecidos na cláusula sétima do presente contrato.

II - Mediante o resultado da avaliação de desempenho, de acordo com os parâmetros definidos na cláusula sétima, poderá ser aplicado os seguintes descontos:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210328
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo. EEQP87050-GPJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

a) desconto proporcional a não manutenção da equipe mínima, conforme definido no plano operativo.

b) desconto proporcional ao não cumprimento das metas de produção assistencial do plano de trabalho, quando houver.

**PARAGRAFO PRIMEIRO** – O pagamento estará condicionado à comprovação da autenticidade das informações prestadas através de Relatório Técnico e de Produtividade no mês anterior, emitido e atestado pelo Diretor da unidade administrada, ou através da inscrição dos dados assistenciais no respectivo sistema de informação vinculado ao SUS.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Os recursos a serem repassados à entidade serão efetuados em parcelas mensais somente após a apresentação de Notas Fiscais e Relatórios Procedimentais detalhados.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Os pagamentos serão feitos na razão entre o quantitativo de serviços efetivamente prestados e as metas estabelecidas, obedecido o teto orçamentário referente ao presente contrato.

**PARÁGRAFO QUARTO** – O pagamento das despesas de investimentos somente será realizado se previamente aprovado pela Secretaria de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO QUINTO** – Os recursos necessários para a cobertura das despesas de investimento serão liberados conforme cronograma estabelecido, mediante aprovação prévia da execução pela **CONTRATANTE.**

**PARÁGRAFO SEXTO** – A não observância do prazo previsto para a apresentação da Nota Fiscal ou Fatura e demais documentos necessários ao pagamento, ou a sua apresentação com incorreções ou ausências de documentos ensejará a prorrogação do prazo de pagamento por igual número de dias a que corresponderem os atrasos e/ou incorreções verificadas, não cabendo à **CONTRATADA**, qualquer acréscimo decorrente deste atraso, de sua única e total responsabilidade.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** – A **CONTRATADA** lançará na Nota Fiscal ou Fatura as especificações dos serviços executados de modo idêntico àquelas constantes do objeto do Contrato e da Nota de Empenho.

**PARÁGRAFO OITAVO** – A Nota Fiscal ou Fatura serão atestadas pelo Gestor da Unidade de Saúde, observadas as normas estabelecidas no Contrato.

**PARÁGRAFO NONO** – O desembolso financeiro será efetuado pelo **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do Atesto, através de depósito em conta corrente específica da **CONTRATADA.**

**PARÁGRAFO DÉCIMO** – O descumprimento das obrigações trabalhistas, inclusive regulamentares e constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho da categoria de seus empregados, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejarão o pagamento, em juízo, dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO** – Qualquer liberação de recursos deverá ser realizada em estrita observância ao Decreto Estadual nº 31.398, de 9 de dezembro de 2015 e a Portaria nº 1081, de 13 de dezembro de 2016.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210329
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87051-EGA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

II - ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos e materiais na execução do Contrato de Gestão, necessários à sua continuidade; e

III - devolução dos recursos repassados, dos excedentes financeiros decorrentes de sua aplicação, dos bens e servidores cedidos.

11.2.3. No caso de que trata o item 11.2, as despesas relativas aos contratos assinados e aos compromissos já assumidos pela **CONTRATADA** a partir do momento da rescisão deverão ser custeadas com recursos desta.

11.3. A rescisão por acordo entre as partes, prevista no item 11.1, II, será precedida de justificativa escrita e fundamentada, assinada pelos dirigentes máximos do **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - No caso de desfazimento do contrato de gestão em face do descumprimento contratual, inadimplemento ou prática de irregularidade pela Organização Social, o Estado poderá reter os valores referentes aos custos para a administração da unidade de saúde, a contar da data da suspensão da execução do contrato de gestão.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Dentre os valores que poderão ser retidos estão compreendidos aqueles referentes às indenizações decorrentes das rescisões trabalhistas que vierem a ser realizadas, inclusive as relativas à estabilidade provisória, além de tributos, encargos sociais e multas.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Em razão da natureza dos serviços prestados e tendo em vista a impossibilidade de interrupção, a sucessão de uma organização social por outra transferirá à sucessora os vínculos empregatícios decorrentes do contrato de gestão anterior.

**PARÁGRAFO SEXTO** - No caso de desfazimento do contrato de gestão pelo Estado, em hipóteses diferentes das previstas no *caput* do presente artigo, este deverá transferir à organização social os valores referentes às indenizações decorrentes das rescisões trabalhistas que por essa razão vierem a ser realizadas, sendo de responsabilidade da organização social o pagamento de todas as verbas trabalhistas.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A responsabilização de dirigentes da organização social sucedida por má gestão decorrente de inadimplemento ou não do contrato rescindido dar-se-á mediante o devido processo legal, observados o contraditório e a ampla defesa.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210330
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87052-BPB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS DO CONTRATO DE GESTÃO**

12.1 O contrato de gestão, que terá por base minuta-padrão, deverá discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social, sem prejuízo de outras especificidades e cláusulas técnicas, a cargo do órgão ou da entidade correspondente à atividade fomentada.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO -** Fica limitada a 3% (três por cento) do repasse mensal feito pelo Poder Público à organização social a realização de despesas administrativas, tais como pagamento de diárias, passagens aéreas, serviço de telefonia e internet móvel, hospedagem, aluguel de veículos e outras, bem como contratação de serviços de consultoria, devendo ainda ser atendidos os seguintes requisitos:

I - vinculação direta à execução do objeto do contrato de gestão;

II – carater temporário da despesa;

III – previsão expressa em programa de trabalho e no contrato de gestão, com a respectiva estimativa de gastos;

IV – não se configurar a despesa como taxa de administração, compreendo-se como tal aquela que possui caráter remuneratório, cujo pagamento é vedado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO -** Fica autorizado o reembolso, por meio de rateio, das despesas administrativas eventualmente realizadas pela organização social, nas hipóteses em que esta se serve da estrutura de sua unidade de representação, desde que os dispêndios sejam comprovadamente vinculados à execução do objeto do contrato de gestão e tenham sido previamente autorizados pelo órgão ou pela entidade supervisora do contrato de gestão.

**PARÁGRAFO TERCEIRO -** Ficam sujeitos ao limite de 3% (três por cento) de que trata o § 1º do art. 12 desta Medida Provisória, em conjunto com as despesas ali previstas, os dispêndios administrativos que, na forma do *caput* deste artigo, são passíveis de rateio.

**PARÁGRAFO QUARTO -** Os critérios para o rateio a que alude o *caput* deste artigo serão disciplinados por ato do titular do órgão ou da entidade supervisora do contrato de gestão, sendo vedada a delegação de tal atribuição.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA AQUISIÇÃO DE BENS MOVEIS E IMÓVEIS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:**

13.1 Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar-se-ão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210332
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente copia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87054-HGE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Poderá o Poder Público, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamentado do Secretário de Estado ou do dirigente da entidade da área a fim realizar repasse de recursos à organização social, a título de investimento, no início ou durante a execução do contrato de gestão, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A aquisição de bens imóveis, a ser realizada durante a execução do contrato de gestão, com recursos dele provenientes, será precedida de autorização do Secretário de Estado da Saúde, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

**PARÁGRADO TERCEIRO** - Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pela organização social, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DA DESQUALIFICAÇÃO

14.1 A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, às sanções administrativas previstas:

a) Advertência;

b) Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgão e entidades da esfera estadual, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgão e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A **CONTRATADA** estará sujeita a desclassificação da entidade como organização social, quando constado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão, obedecendo ao disposto no art. 16, da Lei nº 9.637/1998.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, representarão à Secretaria de Transparência e Controle e à Procuradoria-Geral do Estado, para adoção das medidas cabíveis



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210333
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87055-JEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Constituem motivos para a desqualificação da entidade a inobservância de qualquer dispositivo da Medida Provisória nº 275/2018, o exercício de atividades não relacionadas às previstas nas alíneas do inciso I do art. 2º da MP, bem como o inadimplemento do contrato de gestão celebrado com o Poder Público.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A desqualificação dar-se-á por meio de ato do Poder Executivo.

**PARÁGRAFO QUINTO** - A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão, sem prejuízo das sanções previstas no Contrato de Gestão.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A desqualificação implicará reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo Estado à organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A entidade que perder a qualificação de organização social ficará impedida de requerer novamente o título pelo período de 5 (cinco) anos, contados da data de publicação do ato de desqualificação.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

15.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Durante o vínculo do contrato de gestão, são permitidas alterações quantitativas e qualitativas, celebradas por meio de aditivos ao ajuste, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Por alterações quantitativas entendem-se aquelas relativas à vigência do contrato de gestão, bem como, os referentes ao programa de trabalho da entidade, em especial no que diz respeito a maior ou menor oferta de prestações materialmente fruíveis aos usuários de serviços sociais.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Por alterações qualitativas entendem-se os referentes ao atingimento de metas e objetivos.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210334
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 32,91
Selo: EEQP87056-FEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA PUBLICIDADE:**

17.1 O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO**

18.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

18.2. E por estar justo e acordado, depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento contratual em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

**São Luís (MA), 22 de maio de 2018.**

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
**Secretário de Estado da Saúde**
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Rep. **DENNER ORNELLAS CORTAT**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

CPF: 037260823 01

CPF: 034 120 963 50



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210335
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$. 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87057-EEG Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## EXTRATO DO CONTRATO DE GESTAO Nº 02/2018/SES

**REF.**: Processo Nº 123.596/2018/SES – **PARTES: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** – CNPJ Nº 02.973.240/0001-06 e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA** - CNPJ Nº 05.997.585/0001-80; **OBJETO:** a execução operacionalização das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO; **VIGÊNCIA:** O contrato terá vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data da assinatura do contrato, sendo vedada a sua prorrogação; **VALOR:** A Organização Social selecionada deverá comprometer-se a custear a implementação de insumos e demais despesas relacionadas ao objeto da contratação, conforme regras definidas no presente Termo de Referência e Plano de Trabalho anexo, devendo desembolsar junto à referida unidade até o valor máximo mensal de R$ 2.900.689,85 (dois milhões, novecentos mil, seiscentos e oitenta e nove reais e oitenta e cinco centavos), totalizando a quantia de R$ 17.404.139,10 (dezessete milhões, quatrocentos e quatro mil, cento e trinta e nove reais e dez centavos); **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** com fundamento no Decreto Estadual nº 31.398/2015 e 32.651/2017, observado os requisitos previstos na Lei Estadual nº 7.066/1998, Lei Federal nº 9.637/98, Portaria nº 1.081/2016, Medida Provisória nº 272, de 18 de maio de 2018 aplicando supletivamente, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações; **DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: AÇÃO:** 4793; **PI:** HTO; **FONTE:** 121; **ND:** 339039; **NE:** 04513 de 22/05/2018; **DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO DE GESTÃO**: 22 de maio de 2018; **SIGNATÁRIOS: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA;** C.I Nº 68312297-5 SSP/MA, CPF Nº 912.886.063-20 – Secretário de Estado da Saúde, pelo CONTRATANTE, **DENNER ORNELLAS CORTAT,** C.I Nº 93-1-03907-0, CREA/RJ, CPF Nº 868.424.557-15, pela CONTRATADA.

São Luís (MA), 22 de maio de 2018.

**KARLA SUELY DA CONCEIÇÃO TRINDADE**
Subsecretária de Estado da Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210336
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,28 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87058-EHP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1491

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 05/2018/SES**
**PROCESSO Nº 260.020/2018/SES**

**CONTRATO EMERGENCIAL QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES E INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, NA FORMA ABAIXO:**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **DE ESTADO DA SAÚDE – SES**, situada na Av. Carlos Cunha, s/n, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato, representada por seu Secretário, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador de cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital, e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral, o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na Rua Tem. Limeira Alencar, nº 08, sobrado, Ferreira, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, **RESOLVEM** celebrar o presente Contrato decorrente do **Processo Administrativo n.º 260.020/2018/SES**, com fundamento no Decreto Estadual nº 31.398/2015 e 32.651/2017, observado os requisitos previstos na Lei Estadual nº 7.066/1998, Lei Federal nº 9.637/98, Portaria SES/MA n º537/2018 de 19/06/2018, aplicando supletivamente, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO tem por objeto a celebração de contrato de gestão por parte da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA, com Organização Social – OS, para execução, e operacionalização das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade no **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO**, em consonância com os Parâmetros de Contratação.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Integram o presente Contrato, independentemente de transcrição:

a) Termo de Referência;
b) Parâmetro de Contratação;
c) Proposta da CONTRATADA;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210337
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87059-QGE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÕES DOS SERVIÇOS:**

2.1 A execução, portanto, do contrato de Gestão das atividades e serviços de saúde do Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, ocorrerá conforme procedimentos discriminados nos **Parâmetros de Contratação**, o qual faz parte integrante do **Termo de Referência (Anexo I).**

2.2 O endereço do hospital onde destina-se à execução dos serviços está localizado na Rua Cantanhede, quadra 44, nº 03, bairro Turu, **São Luís – MA.**

2.3 A execução dos serviços de saúde descritos no Termo de Referência compreenderá as metas quantitativas e qualitativas discriminadas no **Anexo I (Parâmetros de Contratação).**

2.4 Para a execução dos serviços supracitados, a **CONTRATADA** deverá observar, ainda, que:

a) O **CONTRATANTE** estabelecerá normas para atingir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização dos exames subsequentes, o local da revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com a **CONTRATADA** e a satisfação do usuário do SUS.

b) No caso de ocorrer extrapolação nos quantitativos físicos de determinado procedimento previsto no contrato, o pagamento será do valor mensal previsto no contrato, e que não exceda a capacidade instalada da **CONTRATADA**.

c) A Documentação comprobatória dos serviços da **CONTRATADA** será submetida à análise da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde/ SES, através da Comissão de Contas e Comissão de Avaliação, Monitoramento e Fiscalização da **CONTRATANTE,** que procederá à aceitação, rejeição ou glosa, conforme Portaria Estadual nº 537, publicada no DOE-MA do dia 19 de junho de 2018.

d) Em caso de não aceitação de serviços por estarem em desacordo com as especificações definidas no parâmetro de contratação, tais despesas correrão por conta da **CONTRATADA**.

2.5 Os serviços ora pactuados serão prestados diretamente por profissionais no estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA** e serão admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar os serviços decorrentes deste contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para efeitos de contratação, consideram-se profissionais do estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA**:

I) O membro do seu corpo clínico;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210338
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo. EEQP87060-EHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/siteprublico

II) O profissional que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA;

III) O profissional autônomo que, eventualmente, ou permanentemente, preste serviço a CONTRATADA, ou se por este autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso III do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Nos atendimentos na Unidade de apoio e terapia, bem como no acompanhamento do paciente e familiar serão cumpridas as seguintes normas:

a) Os pacientes serão atendidos conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde - MS;

b) É vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente;

c) A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita por seu profissional ao paciente ou seu representante, em razão da execução do presente instrumento.

**PARÁGRAFO QUARTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE.**

2.6. - A **CONTRATADA** compromete-se ainda:

I- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo determinado nos instrumentos normativos específicos.

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

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

IV- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;

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

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

VII- Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210339
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87061-HEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

VIII- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitando-se as normas de sua rotina hospitalar;

IX- Notificar ao **CONTRATANTE** da eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, com cópias autenticadas da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, comprovando a mudança;

X- Admitir em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura da unidade, desde que respeitadas às exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pela **CONTRATADA**.

XI- A CONTRATADA compromete-se a fornecer ao paciente relatório do atendimento prestado, que será ressarcido pelo CONTRATANTE, com os seguintes dados:

a) Nome do paciente;

b) Nome da Unidade;

c) Localidade (Estado/Município)

d) Motivo do atendimento;

e) Data do atendimento;

f) Data da Alta.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

3.1 Constituem-se obrigações da **CONTRATADA**:

a) Realizar a execução dos serviços na forma como indicada no **Termo de Referência, Parâmetro de Contratação – Anexo I**, bem como na proposta apresentada em seu Regulamento de compras e contratações, mantendo a disposição da **CONTRATANTE**, durante 24 (vinte e quatro horas), os serviços que compõem a contratação.

b) Obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação, além da documentação pertinente atualizada, comunicando à SES-MA qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente contrato.

c) Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários à boa execução deste contrato, conforme a legislação aplicável à espécie.

d) Arcar com os encargos sociais, trabalhistas e regulamentares da categoria dos seus funcionários (acordos e convenções coletivas), bem como vantagens (vale-transporte, vale-alimentação, etc.) decorrentes da relação de emprego;

e) Apresentar à SES-MA o nome do Banco, Agência e o número da conta bancária específica, para efeito de crédito do pagamento das obrigações, constando como titular o Programa/Projeto/Unidade de Saúde sob sua gestão, para o repasse dos recursos mensais.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Fone: (22) 3853-1140
090589AA210340
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87062-HQF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

f) Assumir total responsabilidade por qualquer dano pessoal ou material que porventura venham a causar ao patrimônio da contratante ou a terceiros quando da execução dos serviços estabelecidos nos **Parâmetros de Contratação – Anexo I do Termo de Referência.**

g) Apresentar, juntamente com as faturas mensais, relatórios gerenciais circunstanciados de produtividade, discriminando os serviços executados no mês anterior, assim como os respectivos dados estatísticos de frequência.

h) Manter sigilo dos dados e informações, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios, documentos e informações de pacientes a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria de Estado da Saúde (SES);

i) A **CONTRATADA** deverá Prestar Contas junto à Comissão designada, devendo encaminhar até o dia 28 de cada mês subsequente ao mês de referência, Relatório de Prestação de Contas acompanhado da respectiva documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado, observando-se a Portaria SES/MA n.°537/2018.

j) A prestação de contas implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e das notas fiscais e comprovantes de pagamento destas, referentes aos serviços prestados e de aquisição de insumos, bem como, a cópia das guias de recolhimento dos tributos com seus respectivos comprovantes. A não apresentação da prestação de contas dentro do prazo estabelecido ocasionará a suspensão do pagamento do mês subsequente.

k) Contratar, sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a SES, todo o pessoal qualificado necessário à prestação dos serviços técnicos objeto deste instrumento.

l) Realizar constante qualificação, capacitação e avaliação do seu pessoal, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde os comprovantes de disponibilização dos cursos e capacitações, além das avaliações periódicas.

m) Administrar, conservar e manter em perfeitas condições de uso, os bens móveis/ imóveis disponibilizados para prestação dos serviços.

n) A possível aquisição de bens móveis permanentes deverá ser autorizada pela **CONTRATANTE**, sob pena de desconhecimento do faturamento correspondente, e poderá ensejar a readequação do Parâmetro de Contratação inicialmente proposto.

o) Informar de imediato, e por escrito à SES, qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.

p) Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionárias, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as obrigações de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja, ainda que



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210341
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87063-PJP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

eventualmente tenham sido adotadas medidas preventivas, as quais não excluirão ou reduzirão a responsabilidade de fiscalização do contrato pela **CONTRATANTE.**

q) Responsabilizar-se com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados, à SES e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

r) Manter em perfeitas condições de uso as instalações hidráulicas, elétricas, sanitárias, telefônicas e de gases em geral, utilizados na prestação dos serviços contratados.

s) Permitir que a Secretaria de Estado de Transparência e Controle e a fiscalização da SES tenham acesso a todos os documentos da **CONTRATADA** que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente instrumento.

t) Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações da Instituição.

u) Publicar no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, Regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder público.

## CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

a) Efetuar repasses financeiros à **CONTRATADA**, no valor, forma e prazos ajustados;

b) Acompanhar, avaliar, controlar e fiscalizar a execução do objeto contratado conforme o Termo de Referência e Parâmetro de Contratação – Anexo I;

c) Receber, analisar e emitir parecer conclusivo sobre a execução dos serviços e sobre a prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA**, por intermédio das Comissões designadas.

d) Convocar a **CONTRATADA** via fax, e-mail, ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do contrato;

e) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis destinados ao cumprimento do objeto da contratação;

f) Inventariar e avaliar os bens referidos na alínea anterior desta cláusula, quando do encerramento da contratação, os quais serão revertidos à Administração Pública.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210342
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario - FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2021 FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87064-DJE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA**

5.1 O contrato terá vigência de **180 (cento e oitenta) dias** a partir da data de assinatura do contrato ou até a conclusão do Processo Administrativo nº 209682/2018.

**CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

6.1. O recurso financeiro para a presente licitação correrá por conta da Ação:

| | |
|---|---|
| Ação | 4793 |
| PI | HTO |
| FONTE | 121 |
| ND | 339039 |
| NE | 2018NE12449 |

**CLÁUSULA SETIMA – DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS DO CONTRATO DE GESTÃO:**

7.1. O contrato de gestão, que terá por base minuta-padrão, deverá discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social, sem prejuízo de outras especificidades e cláusulas técnicas, a cargo do órgão ou da entidade correspondente à atividade fomentada.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Fica limitada a 3% (três por cento) do repasse mensal feito pelo Poder Público à organização social a realização de despesas administrativas, tais como pagamento de diárias, passagens aéreas, serviço de telefonia e internet móvel, hospedagem, aluguel de veículos e outras, bem como contratação de serviços de consultoria, devendo ainda ser atendidos os seguintes requisitos:

I - vinculação direta à execução do objeto do contrato de gestão;

II – caráter temporário da despesa;

III – previsão expressa em programa de trabalho e no contrato de gestão, com a respectiva estimativa de gastos;

IV – não se configurar a despesa como taxa de administração, compreendendo-se como tal aquela que possui caráter remuneratório, cujo pagamento é vedado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Fica autorizado o reembolso, por meio de rateio, das despesas administrativas eventualmente realizadas pela organização social, nas hipóteses em que esta se serve da estrutura de sua unidade de representação, desde que os dispêndios sejam comprovadamente vinculados à execução do objeto do contrato de gestão e tenham sido previamente autorizados pelo órgão ou pela entidade supervisora do contrato de gestão.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210343
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$. 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 3% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87065-FFG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Ficam sujeitos ao limite de 3% (três por cento) de que trata o § 1º do art. 12 desta Medida Provisória, em conjunto com as despesas ali previstas, os dispêndios administrativos que, na forma do caput deste artigo, são passíveis de rateio.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Os critérios para o rateio a que alude o caput deste artigo serão disciplinados por ato do titular do órgão ou da entidade supervisora do contrato de gestão, sendo vedada a delegação de tal atribuição.

**CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO**

8.1 A SES-MA designará Comissão para gerenciar e fiscalizar o contrato, que anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, controlando, permanentemente, a frequência do pessoal contratado, conforme o Termo de Referência e seu Parâmetro de contratação.

8.2 As decisões e providências que ultrapassarem a competência da Comissão deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas necessárias.

**CLÁUSULA NONA – DO CUSTEIO DA UNIDADE – DO VALOR:**

9.1. Estão previstos no custeio mensal da unidade despesas com folha de pagamento de recursos humanos, material de consumo, serviços assistenciais médicos, serviços de terceiros, material médico-hospitalar e medicamentos.

9.2. O valor de repasse mensal foi estimado em **R$ 2.447.623,31 (dois milhões, quatrocentos e quarenta e sete mil, seiscentos e vinte três reais e trinta e um centavos)**, totalizando o montante de R$ 14.685.739,86 (quatorze milhões, seiscentos e oitenta e cinco mil, setecentos e trinta e nove reais e oitenta e seis centavos).

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

10.1. Os recursos financeiros necessários ao cumprimento do presente objeto serão repassados pela **CONTRATANTE** em parcelas mensais, mediante a apresentação da Nota Fiscal ou Fatura, Relatório Gerencial e de Produtividade correspondente à produção realizada no mês anterior, devidamente emitido e atestado pelo Diretor da Unidade de Saúde Administrada todos originais.

10.2. A Nota Fiscal ou Fatura será protocolada nesta SES-MA, até o quinto dia útil subsequente ao mês da execução dos serviços, através de ofício encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde, devendo, ainda, conter todas as informações necessárias para dela se dar quitação e estar de acordo com as normas fiscais vigentes, notadamente, a Portaria Estadual nº 537/2018, de 19 de junho de 2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210344
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO EMA-SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 1% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87066-QEQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

10.3. A não observância do prazo previsto para a apresentação da Nota Fiscal ou Fatura e demais documentos necessários ao pagamento, ou a sua apresentação com incorreções ou ausências de documentos ensejará a prorrogação do prazo de pagamento por igual número de dias a que corresponderem os atrasos e/ou incorreções verificadas, não cabendo à **CONTRATADA**, qualquer acréscimo decorrente deste atraso, de sua única e total responsabilidade.

10.4. A **CONTRATADA** lançará na Nota Fiscal ou Fatura das especificações dos serviços executados de modo idêntico àquelas constantes do objeto do Contrato e da Nota de Empenho.

10.5. O desembolso financeiro será efetuado pelo **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do Atesto, através de depósito em conta corrente específica da **CONTRATADA**.

10.6. O descumprimento das obrigações trabalhistas, inclusive regulamentares e constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho da categoria de seus empregados, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejarão o pagamento, em juízo, dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O Contrato de Gestão, poderá ser rescindido nas hipóteses arroladas neste instrumento e seus anexos, independentemente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

**I - unilateralmente, pelo CONTRATANTE, se:**

a) durante a vigência do Contrato de Gestão, a **CONTRATADA** perder, por qualquer razão, a sua qualificação, ou nos casos de dissolução da entidade;

b) a **CONTRATADA** descumprir qualquer cláusula do Contrato de Gestão;

c) a **CONTRATADA** utilizar os recursos em desacordo com o Contrato de Gestão;

d) a **CONTRATADA** não apresentar as prestações de contas nos prazos determinados;

e) a **CONTRATADA** não atingir as metas previstas no Contrato de Gestão, total ou parcialmente, e não apresentar justificativa formal coerente quanto ao seu eventual descumprimento;

f) a **CONTRATADA** suspender a prestação do bem ou serviço objeto do Contrato de Gestão sem justa causa e prévia comunicação ao **CONTRATANTE**;

g) a **CONTRATADA** descumprir as orientações formalmente registradas pelo **CONTRATANTE**;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Ponto Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210345
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87067-EGH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

h) a **CONTRATADA** apresentar documentação inidônea; ou

i) o Estado apresentar razões de interesse público para a rescisão, determinadas pelo dirigente máximo do **CONTRATANTE**;

**II - por acordo entre as partes:**

a) registrado por escrito, desde que não se enquadre nas hipóteses das alíneas "a" a "i" do inciso I.

11.2 Os casos de rescisão, na forma estabelecida no inciso I do item 11.1, serão efetivados por meio de ato devidamente justificado do dirigente máximo do **CONTRATANTE**.

11.2.1 Na hipótese prevista na alínea "a" do inciso I do item 11.1, o acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos dentro do Contrato de Gestão, durante o período em que tiver perdurado aquela qualificação, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, serão transferidos a outra pessoa jurídica qualificada como OS, que tenha, preferencialmente, o mesmo objeto social, ou, na falta de pessoa jurídica com essas características, ao Estado.

11.2.2 A rescisão unilateral do Contrato de Gestão poderá ensejar a instauração da competente Tomada de Contas Especial e poderá acarretar as seguintes consequências:

I - assunção imediata do objeto do Contrato de Gestão, no estado e local em que se encontrar, por ato próprio da Administração ou transferência para outra OS a ser indicada, de modo a evitar a descontinuidade dos serviços.

II - ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos e materiais na execução do Contrato de Gestão, necessários à sua continuidade; e

III - devolução dos recursos repassados, dos excedentes financeiros decorrentes de sua aplicação, dos bens e servidores cedidos.

11.2.3 No caso de que trata o item 11.2, as despesas relativas aos contratos assinados e aos compromissos já assumidos pela **CONTRATADA** a partir do momento da rescisão deverão ser custeadas com recursos desta.

11.3. A rescisão por acordo entre as partes, prevista no item 11.1, II, será precedida de justificativa escrita e fundamentada, assinada pelos dirigentes máximos do **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES

12.1. A contratada estará sujeita às sanções administrativas previstas no art. 16 da Lei nº 9.637/1998 e na Lei Estadual nº 10.924, de 04 de setembro de 2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210346
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023, FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$. 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87068-JEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

12.2. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante do Termo de Referência e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei 8.666/93, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, quais sejam:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Suspensão temporária da participação de licitação e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para participar de licitação e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

12.3. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA;

12.4. As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b";

12.5. Da aplicação das penalidades, a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso dirigido ao Secretário de Estado da Saúde;

12.6. Sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, a contratada incorrerá nos seguintes percentuais de multa (a depender da natureza da infração cometida):

a) Multa compensatória de até 10 % (dez por cento) sobre o valor total da nota de empenho, no caso de recusa injustificada em assinar o contrato ou deixar de entregar documentação exigida no ato de sua assinatura;

b) Multa moratória de até cinco por cento (5%), calculado sobre o valor da parcela não cumprida, em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

c) Multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

12.7. Em caso de inexecução parcial das obrigações assumidas, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

12.8. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210347
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario - FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$: 0,37 - 3% R$: 0,09 Total R$: 12,91
Selo. EEQP87069-HFE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

12.9. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

12.10. A aplicação de qualquer penalidade prevista realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA, observando-se o procedimento previsto na Lei de nº 8.666, de 1993, na Lei Estadual nº 10.297/2015 e subsidiariamente na Lei Estadual nº 8.959/2009.

12.11. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração Pública observado o princípio da proporcionalidade.

12.12. Atrasos cujas justificativas sejam aceitas pela SES/MA e comunicadas antes dos prazos de entrega consignados no contrato ou documento equivalente, poderão, a critério destas ser isenta total ou parcialmente das sanções.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA– DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

13.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Durante o vínculo do contrato de gestão, são permitidas alterações quantitativas e qualitativas, celebradas por meio de aditivos ao ajuste, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Por alterações quantitativas entendem-se aquelas relativas à vigência do contrato de gestão, bem como, as referentes ao programa de trabalho da entidade, em especial no que diz respeito a maior ou menor oferta de prestações materialmente fruíveis aos usuários de serviços sociais.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao atingimento de metas e objetivos.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210348
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 - FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87070-GHG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICIDADE:**

15.1. O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO**

16.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.2. E por estar justo e acordado, depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento contratual em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

**São Luís (MA), 19 de Novembro de 2018.**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

*Bruno Soares Ripardo*
Diretor Geral
CPF 110.695.987-63
INVISA - Instituto Vida e Saúde

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Rep. **BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor - Geral
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

CPF: 743.062.353-00

CPF: 52885445300



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210349
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 TOTAL R$: 12,91
Selo: EEQP87071-PPP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico
1504

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2019 – SES/MA**
**PROCESSO Nº 95.220/2019 – SES/MA**

**TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, NA FORMA ABAIXO:**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo Diretor-Geral, o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, de acordo com a representação legal que lhe é outorgada por procuração, **RESOLVEM** celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL decorrente do **Processo Administrativo n.º 95220/2019/SES**, com fundamento no Decreto Estadual nº 31.398/2015 e 32.651/2017, observado os requisitos previstos na Lei Estadual nº 7.066/1998, Lei Federal nº 9.637/98, Lei Estadual 10.924 de 04 de setembro de 2018, aplicando supletivamente, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** tem por objeto a celebração de contrato de gestão emergencial, por parte da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA, com Organização Social – OS, para execução e operacionalização das ações e serviços de saúde de média complexidade no **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO**, em consonância com o Termo de Referência e Parâmetros de Contratação.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210350
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES VIEIRA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87072-BGE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Integram o presente Contrato, independentemente de transcrição:

a) Termo de Referência;

b) Parâmetros de Contratação;

c) Proposta da CONTRATADA.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÕES DOS SERVIÇOS:**

2.1. Os serviços, diretrizes e capacitação serão executados conforme discriminado no TERMO DE REFERÊNCIA E PARÂMETROS DE CONTRATAÇÃO, parte integrante deste contrato.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

3.1. Em cumprimento às suas obrigações, caberá à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA E PARÂMETRO DE CONTRATACÃO** e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais e estaduais que regem a presente contratação, as seguintes.

a) Realizar a execução dos serviços na forma como indicada no Termo de Referência, bem como na proposta apresentada e em seu regulamento de compras e contratações, mantendo à disposição da Contratante, durante 24 (vinte e quatro horas), os serviços que compõem a contratação.

b) Obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação, além da documentação pertinente atualizada, comunicando à SES-MA qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente.

c) Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários à boa execução deste contrato, conforme a legislação aplicável à espécie.

d) Arcar com os encargos sociais, trabalhistas e regulamentares da categoria dos seus funcionários (acordos e convenções coletivas), bem como vantagens (vale-transporte, vale-alimentação, etc.) decorrentes da relação de emprego;

e) Apresentar à SES-MA o nome do Banco, Agência e o número da conta bancária específica, para efeito de crédito do pagamento das obrigações, constando como titular o Programa/Projeto/Unidade de Saúde sob sua gestão, para o repasse dos recursos mensais.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210351
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES BARBOSA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 - TOTAL R$: 12,91
Selo: EEQP87073-JGH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

f) Assumir total responsabilidade por qualquer dano pessoal ou material que porventura venham a causar ao patrimônio da contratante ou a terceiros quando da execução dos serviços estabelecidos nos Parâmetros de Contratação.

g) Apresentar, juntamente com as faturas mensais, relatórios gerenciais circunstanciados de produtividade, discriminado os serviços executados no mês anterior, assim como os respectivos dados estatísticos de frequência;

h) Manter sigilo dos dados e informações, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios, documentos e informações de pacientes a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria de Estado da Saúde (SES);

i) A **CONTRATADA** deverá prestar contas junto à Comissão designada, devendo encaminhar até o dia 28 de cada mês subsequente ao mês de referência, relatório de prestação de contas acompanhado da respectiva documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado, observado a Portaria nº 537, de 19 de junho de 2018;

j) A prestação de contas implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e das notas fiscais e comprovantes de pagamento destas, referentes aos serviços prestados e de aquisição de insumos, bem como, a cópia das guias de recolhimento dos tributos com seus respectivos comprovantes. A não apresentação de contas dentro do prazo estabelecido ocasionará a suspensão do pagamento do mês subsequente.

k) Contratar, sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a SES, todo o pessoal qualificado necessário à prestação dos serviços técnicos objeto deste instrumento.

l) Realizar constante qualificação, capacitação e avaliação do seu pessoal, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde os comprovantes de disponibilização dos cursos e capacitações, além das avaliações periódicas.

m) Administrar, conservar e manter em perfeitas condições de uso, os bens móveis/ imóveis disponibilizados para prestação dos serviços.

n) A possível aquisição de bens móveis permanentes deverá ser autorizada pela **CONTRATANTE**, sob pena de desconhecimento do faturamento correspondente, e poderá ensejar readequação dos Parâmetros de Contratação inicialmente propostos.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210352
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FABRICIO. ESCREVENTE.
20% R$. 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87074-JEP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

o) Informar de imediato, e por escrito à SES, qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.

p) Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionárias, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as obrigações de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja, ainda que eventualmente tenham sido adotadas medidas preventivas, as quais excluirão ou reduzirão a responsabilidade de fiscalização do contrato pela **CONTRATANTE**.

q) Responsabilizar-se com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados, à SES e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

r) Manter em perfeitas condições de uso as instalações hidráulicas, elétricas, sanitárias, telefônicas e de gases em geral, utilizados na prestação dos serviços contratados.

s) Permitir que a Secretaria de Estado de Transparência e Controle e a fiscalização da SES tenham acesso a todos os documentos da **CONTRATADA** que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente instrumento.

t) Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações da Instituição.

u) É vedado à entidade qualificada como organização social qualquer tipo de participação em campanha de interesse político-partidário ou eleitoral.

v) A organização social fará publicar, no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal com emprego de recursos provenientes do Poder Público, em que se estabeleça a observância dos princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e da publicidade.

## CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Em cumprimento às suas obrigações, caberá à **CONTRATANTE**, além das obrigações constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA E PARÂMETRO DE CONTRATAÇÃO** e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais e estaduais que regem a presente contratação, as seguintes.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210353
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES SANTANA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87075-GGE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

a) efetuar repasses financeiros à **CONTRATADA**, no valor, forma e prazos ajustados;

b) acompanhar, avaliar, controlar e fiscalizar a execução do objeto pactuado;

c) receber, analisar e emitir parecer conclusivo sobre a execução dos serviços e sobre a prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA**, por intermédio das Comissões designadas.

d) permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante TERMOS DE PERMISSÃO DE USO e sempre que uma nova aquisição for realizada por determinação da **CONTRATANTE**;

e) inventariar e avaliar os bens adquiridos durante a parceria, quando do encerramento da contratação, os quais serão REVERTIDOS à Administração Pública, em conformidade com a Lei nº 7066/98;

f) gerenciar o contrato, indicando, sempre que solicitado, o nome da **CONTRATADA**, o preço e a descrição do (s) objeto (s) contratado(s);

c) convocar a **CONTRATADA** via ofício, e-mail, ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do contrato;

d) observar para que, durante a vigência do contrato, sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação, bem assim, a compatibilidade com as obrigações assumidas, inclusive com solicitação de novas certidões ou documentos vencidos;

j) A **CONTRATANTE** deverá requerer a apresentação, pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, o relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

## CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1 O contrato terá vigência de **180 (cento e oitenta) dias,** a contar do dia **19/05/2019**, ou até a conclusão do novo chamamento público, instaurado no Processo Administrativo nº 4377/2019/SES.

## CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

6.1. O recurso financeiro para a presente licitação correrá por conta da seguinte dotação: **Unidade Orçamentária – 21901; Ação - 4793; Subação – 000904 (HTO); Fonte - 121; Natureza Despesa – 33.90.39.50**, com **Nota de Empenho nº 2019NE003617**, emitida em 17/05/2019.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210354
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANIO ALVES PADUA ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87076-QEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**CLÁUSULA SETIMA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

7.1 A execução da operacionalização da gestão e serviços de saúde do Hospital de Referência Estadual de média Complexidade, ocorrerá conforme procedimentos discriminados no **Parâmetro de Contratação**, o qual integra o **Termo de Referência (Anexo I)**, parte integrante deste contrato.

7.2. A execução dos serviços de saúde descritos no Termo de Referência compreenderá as metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Anexo I (Parâmetros de Contratação).

7.3. Para a execução dos serviços supracitados, a **CONTRATADA** deverá observar, ainda, que:

a) O **CONTRATANTE** estabelecerá normas para atingir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização dos exames subsequentes, o local da revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com a **CONTRATADA** e a satisfação do usuário do SUS.

b) No caso de ocorrer extrapolação nos quantitativos físicos de determinado procedimento previsto no contrato, o pagamento será do valor mensal previsto no contrato, e que não exceda a capacidade instalada da **CONTRATADA**.

c) A Documentação comprobatória dos serviços da **CONTRATADA** será submetida à análise da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde/ SES, através da Comissão de Contas e da Comissão de Avaliação, Monitoramento e Fiscalização da **CONTRATANTE**, que procederá à aceitação, rejeição ou glosa, conforme Portaria SES/MA n° 537, de 19 de junho de 2018.

d) Em caso de não aceitação de serviços por estarem em desacordo com as especificações definidas no parâmetro de contratação, tais despesas correrão por conta da **CONTRATADA**.

7.4. Os serviços ora pactuados serão prestados diretamente por profissionais no estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA** e serão admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar os serviços decorrentes deste contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para efeitos de contratação, consideram-se profissionais do estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA**:

I - O membro do seu corpo clínico;

II- O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210355
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87077-PGG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

001491

III- O profissional autônomo que, eventualmente, ou permanentemente, preste serviço a **CONTRATADA**, ou se por este autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso III do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Nos atendimentos na Unidade de apoio e terapia, bem como no acompanhamento do paciente e familiar serão cumpridas as seguintes normas:

I- Os pacientes serão atendidos conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde - MS;

II- É vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente;

III- A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita por seu profissional ao paciente ou seu representante, em razão da execução do presente instrumento.

**PARÁGRAFO QUARTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE**.

7.5. A **CONTRATADA** compromete-se ainda:

a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo determinado nos instrumentos normativos específicos.

b) Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c) Atender aos pacientes e familiares deste com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

d) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;

e) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210356
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA. ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 02,91
Selo: EEQP87078-GEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

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

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

h) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitando-se as normas de sua rotina hospitalar;

i) Notificar ao **CONTRATANTE** da eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, com cópias autenticadas da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, comprovando a mudança;

j) Admitir em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura da unidade, desde que respeitadas às exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pela **CONTRATADA**.

k) A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer ao paciente relatório do atendimento prestado, que será ressarcido pelo **CONTRATANTE**, com os seguintes dados:

k.1) Nome do paciente;

k.2) Nome da Unidade;

k.3) Localidade (Estado/Município)

k.4) Motivo do atendimento;

k.5) Data do atendimento;

k.6) Data da Alta.

**CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO:**

8.1 A SES-MA designará Comissão para acompanhamento da execução e fiscalização do contrato, que anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, controlando, permanentemente, a frequência do pessoal CONTRATADA.

8.2 As decisões e providências que ultrapassarem a competência da referida Comissão deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas necessárias.

**CLÁUSULA NONA – DO CUSTEIO DA UNIDADE – DO VALOR:**

9.1 Estão previstos no custeio mensal da unidade despesas com folha de pagamento de recursos humanos, material de consumo, serviços assistenciais médicos, serviços de terceiros, material médico-hospitalar e medicamentos.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210357
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANICE ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87079-PGG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

9.2 O valor de repasse mensal foi estimado em **R$ 2.783.889,85 (dois milhões, setecentos e oitenta e três mil, oitocentos e oitenta e nove reais e oitenta e cinco centavos), totalizando R$ 16.703.339,10 (dezesseis milhões, setecentos e três mil, trezentos e trinta e nove reais e dez centavos).**

**CLÁUSULA DECIMA – DAS CONDIÇÕES E FORMA DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

10.1. O pagamento das despesas de custeio será realizado em parcelas mensais e sucessivas, até o 5º (quinto) dia útil do mês consignado, de acordo com os termos estabelecidos nos Contratos de Gestão, e em conformidade com seus respectivos Planos de Trabalho; bem como mediante a avaliação dos critérios determinados na Portaria n.º 537/2018.

10.2. O primeiro repasse será efetuado de forma integral na data da Ordem de Início, emitida posteriormente à assinatura do Contrato de Gestão ou aditivos que vierem a ocorrer.

10.3. O segundo repasse será efetuado na forma integral, regularmente no segundo mês contratual, devendo ser apresentado Relatório de Produtividade comprovando a manutenção da Equipe Mínima, assim como a produção específica de cada procedimento, conforme metas pactuadas no respectivo Plano de Trabalho;

10.4. A transferência de recursos, a partir do terceiro mês contratual, estará condicionada:
a) à análise da Avaliação de Desempenho, definida no art. 7º da referida Portaria, e;

b) à análise da Prestação de Contas Financeira.

10.5. Os demais repasses estarão condicionados:
a) à apresentação do Relatório de Produtividade Mensal, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, e;

b) à apresentação da documentação pertinente à Prestação de Contas Financeira da competência correspondente, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência.

10.6. A partir do segundo mês contratual, a contratada solicitará a transferência de recursos financeiros por meio da abertura de Processo Administrativo, observado o disposto na Portaria.

10.7. A contratada deverá encaminhar, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, toda a documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão, ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de fim de semana ou feriado.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA21035B
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA. ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87080-EEJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

10.8. Os pagamentos serão efetuados pela **CONTRATANTE**, após observadas todas as condições para o repasse dos recursos referentes ao Contrato de Gestão, dispostos na Portaria n.º 537/2018.

10.9. A **CONTRATADA** lançará na Fatura as especificações dos serviços executados de modo idêntico àquelas constantes do objeto do Contrato e da Nota de Empenho.

10.10. O desembolso financeiro será efetuado pelo **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do atesto, através de depósito em conta corrente específica da **CONTRATADA.**

10.11. O descumprimento das obrigações trabalhistas, inclusive regulamentares e constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho da categoria de seus empregados, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejarão o pagamento, em juízo, dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO E DO DESFAZIMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO**

11.1 O Contrato de Gestão, nos moldes do Decreto Estadual nº 31.398/2015 e demais legislações vigentes, poderá ser rescindido nas hipóteses arroladas neste instrumento e seus anexos, independentemente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

**I - Unilateralmente, pelo CONTRATANTE, se:**

a) Durante a vigência do Contrato de Gestão, a **CONTRATADA** perder, por qualquer razão, a sua qualificação, ou nos casos de dissolução da entidade;

b) A **CONTRATADA** descumprir qualquer cláusula do Contrato de Gestão;

c) A **CONTRATADA** utilizar os recursos em desacordo com o Contrato de Gestão;

d) A **CONTRATADA** não apresentar as prestações de contas nos prazos determinados;

e) A **CONTRATADA** não atingir as metas previstas no Contrato de Gestão, total ou parcialmente, e não apresentar justificativa formal coerente quanto ao seu eventual descumprimento;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210361
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia reprodução é fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. DANIO ALVES PARIS
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87083-EQH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

f) A **CONTRATADA** suspender a prestação do bem ou serviço objeto do Contrato de Gestão sem justa causa e prévia comunicação ao **CONTRATANTE**;

g) A **CONTRATADA** descumprir as orientações formalmente registradas pelo **CONTRATANTE**;

h) A **CONTRATADA** apresentar documentação inidônea; ou

i) O Estado apresentar razões de interesse público para a rescisão, determinadas pelo dirigente máximo do **CONTRATANTE**;

**II - Por acordo entre as partes:**

a) Desde que registrado por escrito, desde que não se enquadre nas hipóteses das alíneas "a" a "i" do inciso I.

11.2. Os casos de rescisão, na forma estabelecida no inciso I do item 11.1, serão efetivados por meio de ato devidamente justificado do dirigente máximo do **CONTRATANTE**.

11.2.1. Na hipótese prevista na alínea "a" do inciso I do item 11.1, o acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos dentro do Contrato de Gestão, durante o período em que tiver perdurado aquela qualificação, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, serão transferidos a outra pessoa jurídica qualificada como OS, que tenha, preferencialmente, o mesmo objeto social, ou, na falta de pessoa jurídica com essas características, ao Estado.

11.2.2. A rescisão unilateral do Contrato de Gestão poderá ensejar a instauração da competente Tomada de Contas Especial e poderá acarretar as seguintes consequências:

I. Assunção imediata do objeto do Contrato de Gestão, no estado e local em que se encontrar, por ato próprio da Administração ou transferência para outra OS a ser indicada, de modo a evitar a descontinuidade dos serviços.

II. Ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos e materiais na execução do Contrato de Gestão, necessários à sua continuidade; e

III. Devolução dos recursos repassados, dos excedentes financeiros decorrentes de sua aplicação, dos bens e servidores cedidos.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210362
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87084-GJJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

11.2.3. No caso de que trata o item 11.2, as despesas relativas aos contratos assinados e aos compromissos já assumidos pela **CONTRATADA** a partir do momento da rescisão deverão ser custeadas com recursos desta.

11.3. A rescisão por acordo entre as partes, prevista no item 11.1, II, será precedida de justificativa escrita e fundamentada, assinada pelos dirigentes máximos do **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - **A CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - No caso de desfazimento do contrato de gestão em face do descumprimento contratual, inadimplemento ou prática de irregularidade pela Organização Social, o Estado poderá reter os valores referentes aos custos para a administração da unidade de saúde, a contar da data da suspensão da execução do contrato de gestão.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Dentre os valores que poderão ser retidos estão compreendidos aqueles referentes às indenizações decorrentes das rescisões trabalhistas que vierem a ser realizadas, inclusive as relativas à estabilidade provisória, além de tributos, encargos sociais e multas.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Em razão da natureza dos serviços prestados e tendo em vista a impossibilidade de interrupção, a sucessão de uma organização social por outra transferirá à sucessora os vínculos empregatícios decorrentes do contrato de gestão anterior.

**PARÁGRAFO SEXTO** - No caso de desfazimento do contrato de gestão pelo Estado, em hipóteses diferentes das previstas no *caput* do presente artigo, este deverá transferir à organização social os valores referentes às indenizações decorrentes das rescisões trabalhistas que por essa razão vierem a ser realizadas, sendo de responsabilidade da organização social o pagamento de todas as verbas trabalhistas.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A responsabilização de dirigentes da organização social sucedida por má gestão decorrente de inadimplemento ou não do contrato rescindido dar-se-á mediante o devido processo legal, observados o contraditório e a ampla defesa.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210363
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87085-EGE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

1516

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DA DESQUALIFICAÇÃO**

12.1. A **CONTRATADA** estará sujeita às sanções administrativas previstas no art. 16 da Lei nº 9.637/1998 e na Lei Estadual nº 10.924, de 04 de setembro de 2018.

12.2. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante do Termo de Referência e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei 8.666/93, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, quais sejam:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

12.3. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**;

12.4. As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b";

12.5. Da aplicação das penalidades, a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso dirigido ao Secretário de Estado da Saúde;

12.6. Sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, a contratada incorrerá nos seguintes percentuais de multa (a depender da natureza da infração cometida):

a) Multa compensatória de até 10 % (dez por cento) sobre o valor total da nota de empenho, no caso de recusa injustificada em assinar o contrato ou deixar de entregar documentação exigida no ato de sua assinatura;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210364
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87086-QGH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

b) Multa moratória de até cinco por cento (5%), calculado sobre o valor da parcela não cumprida, em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

c) Multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

12.7. Em caso de inexecução parcial das obrigações assumidas, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

12.8. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

12.9. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

12.10. A aplicação de qualquer penalidade prevista realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**, observando-se o procedimento previsto na Lei de nº 8.666, de 1993, na Lei Estadual nº 10.297/2015 e subsidiariamente na Lei Estadual nº 8.959/2009.

12.11. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração Pública observado o princípio da proporcionalidade.

12.12. Atrasos cujas justificativas sejam aceitas pela SES/MA e comunicadas antes dos prazos de entrega consignados no contrato ou documento equivalente, poderão, a critério destas ser isenta total ou parcialmente das sanções.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

13.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

13.2. Durante o vínculo do contrato de gestão, são permitidas alterações quantitativas e qualitativas, celebradas por meio de aditivos ao ajuste, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210365
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. SANTO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87087-EJE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

13.3. Por alterações quantitativas entendem-se aquelas relativas à vigência do contrato de gestão, bem como, aqueles referentes ao programa de trabalho da entidade, em especial no que diz respeito a maior ou menor oferta de prestações materialmente fruíveis aos usuários de serviços sociais.

13.4. Por alterações qualitativas entendem-se aqueles referentes ao atingimento de metas e objetivos.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

14.1. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - É recomendável a leitura integral da legislação, não podendo a Organização Social ou seu dirigente alegar, futuramente, que não a conhece, seja para deixar de cumpri-la, seja para evitar as sanções cabíveis.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICIDADE:**

15.1. O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO**

16.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210366
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87088-JHQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

16.2. E por estar justo e acordado, depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento contratual em 02(duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Luís (MA), 17 de maio de 2019.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
*Secretário de Estado da Saúde*
**CONTRATANTE**

Bruno Soares Ripardo
Diretor Geral
CPF: 110.[illegible].987-53
Instituto Vida e Saúde

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA.**
Representada por **BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: Daynisson
CPF nº: 037130.963-80

2. Nome: [illegible]
CPF nº: 528[illegible]

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210367
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87089-EIQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2019 - SES
PROCESSO Nº 220.809/2019 - SES

**TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, NA FORMA ABAIXO:**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES**, situada na Avenida Professor Carlos Cunha, s/nº, Calhau, CEP: 65.076-820, São Luis/MA, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Secretário, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, Cédula de Identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta cidade, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, neste ato representado pelo seu Diretor Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado Rio de Janeiro/RJ, **RESOLVEM** celebrar o presente Contrato decorrente do **Processo Administrativo n.º 220.809/2019/SES**, com fundamento no Decreto Estadual nº 31.398/2015 e 32.651/2017, observado os requisitos previstos na Lei Estadual nº 7.066/1998, Lei Federal nº 9.637/98, Portaria SES/MA n °537/2018 de 19/06/2018, aplicando supletivamente, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O presente CONTRATO tem por objeto a celebração de contrato de gestão por parte da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA, com Organização Social – OS, para execução e operacionalização das ações e serviços de saúde de média complexidade no **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO**, em consonância com os Parâmetros de Contratação.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Integram o presente Contrato, independentemente de transcrição:

a) Termo de Referência,
b) Parâmetro de Contratação
c) Proposta da **CONTRATADA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210368
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIAS - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87090-JEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÕES DOS SERVIÇOS:**

2.1 A execução, portanto, do contrato de gestão das atividades e serviços de saúde do Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, ocorrerá conforme procedimentos discriminados nos Parâmetros de Contratação, o qual faz parte integrante do Termo de Referência (Anexo I).

2.2 A execução dos serviços de saúde descritos no Termo de Referência compreenderá as metas quantitativas e qualitativas discriminadas no Anexo I (Parâmetros de Contratação).

2.3 Para a execução dos serviços supracitados, a **CONTRATADA** deverá observar, ainda, que:

a) O **CONTRATANTE** estabelecerá normas para atingir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização dos exames subsequentes, o local da revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com a **CONTRATADA** e a satisfação do usuário do SUS.

b) No caso de ocorrer extrapolação nos quantitativos físicos de determinado procedimento previsto no contrato, o pagamento será do valor mensal previsto neste instrumento, desde que não exceda a capacidade instalada da **CONTRATADA**.

c) A Documentação comprobatória dos serviços da **CONTRATADA** será submetida à análise da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde/SES, através da Comissão de Contas e Comissão de Avaliação, Monitoramento e Fiscalização da **CONTRATANTE,** que procederá à aceitação, rejeição ou glosa, conforme Portaria Estadual n° 537, publicada no DOE-MA do dia 19 de junho de 2018.

d) Em caso de não aceitação de serviços por estarem em desacordo com as especificações definidas no parâmetro de contratação, tais despesas correrão por conta da **CONTRATADA.**

2.4 Os serviços ora pactuados serão prestados diretamente por profissionais no estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA** e serão admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar os serviços decorrentes deste contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para efeitos de contratação, consideram-se profissionais do estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA.**

I) O membro do seu corpo clínico;

II) O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

III) O profissional autônomo que, eventualmente, ou permanentemente, preste serviço a **CONTRATADA**, ou se por este autorizado.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210389
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia eletrônica é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANIO ALVES PARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87091-EIP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso III do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Nos atendimentos na Unidade de apoio e terapia, bem como no acompanhamento do paciente e familiar serão cumpridas as seguintes normas:

a) Os pacientes serão atendidos conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde - MS;

b) É vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente;

c) A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita por seu profissional ao paciente ou seu representante, em razão da execução do presente instrumento.

**PARÁGRAFO QUARTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE.**

2.5. A **CONTRATADA** compromete-se ainda:

I- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo determinado nos instrumentos normativos específicos.

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

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

IV- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;

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

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

VII- Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

VIII- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitando-se as normas de sua rotina hospitalar;

Contrato
Processo

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210370
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87092-EBE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1523

IX- Notificar ao **CONTRATANTE** da eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, com cópias autenticadas da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, comprovando a mudança;

X- Admitir em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura da unidade, desde que respeitadas às exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pela **CONTRATADA**.

XI- A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer ao paciente relatório do atendimento prestado, que será ressarcido pelo **CONTRATANTE**, com os seguintes dados:

a) Nome do paciente;

b) Nome da Unidade;

c) Localidade (Estado/Município)

d) Motivo do atendimento;

e) Data do atendimento;

f) Data da Alta.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210371
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87093-GEJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

3.1. Constituem-se obrigações da **CONTRATADA:**

a) Realizar a execução dos serviços na forma como indicada no **Termo de Referência**, **Parâmetro de Contratação – Anexo I**, bem como na proposta apresentada em seu Regulamento de compras e contratações, mantendo a disposição da **CONTRATANTE**, durante 24 (vinte e quatro horas), os serviços que compõem a contratação.

b) Obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação, além da documentação pertinente atualizada, comunicando à SES-MA qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente contrato.

c) Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários à boa execução deste contrato, conforme a legislação aplicável à espécie.

d) Arcar com os encargos sociais, trabalhistas e regulamentares da categoria dos seus funcionários (acordos e convenções coletivas), bem como vantagens (vale-transporte, vale-alimentação, etc.) decorrentes da relação de emprego.

e) Apresentar à SES-MA o nome do Banco, Agência e o número da conta bancária específica, para efeito de crédito do pagamento das obrigações, constando como titular o Programa/Projeto/Unidade de Saúde sob sua gestão, para o repasse dos recursos mensais.

f) Assumir total responsabilidade por qualquer dano pessoal ou material que porventura venham a causar ao patrimônio da contratante ou a terceiros quando da execução dos serviços estabelecidos nos **Parâmetros de Contratação – Anexo I do Termo de Referência.**

g) Apresentar, juntamente com as faturas mensais, relatórios gerenciais circunstanciados de produtividade, discriminando os serviços executados no mês anterior, assim como os respectivos dados estatísticos de frequência.

h) Manter sigilo dos dados e informações, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios, documentos e informações de pacientes a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria de Estado da Saúde (SES);

i) A **CONTRATADA** deverá Prestar Contas junto à Comissão designada, devendo encaminhar até o dia 28 de cada mês subsequente ao mês de referência, Relatório de Prestação de Contas acompanhado da respectiva documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado, observando-se a Portaria SES/MA n.°537/2018.

j) A prestação de contas implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e das notas fiscais e comprovantes de pagamento destas, referentes aos serviços prestados e de aquisição de insumos, bem como, a cópia das guias de recolhimento dos tributos com seus respectivos comprovantes. A não apresentação da prestação de contas dentro do prazo estabelecido ocasionará a suspensão do pagamento do mês subsequente.

k) Contratar, sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a SES, todo o pessoal qualificado necessário à prestação dos serviços técnicos objeto deste instrumento.

l) Realizar constante qualificação, capacitação e avaliação do seu pessoal, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde os comprovantes de disponibilização dos cursos e capacitações, além das avaliações periódicas.

m) Administrar, conservar e manter em perfeitas condições de uso, os bens móveis/ imóveis disponibilizados para prestação dos serviços.

n) A possível aquisição de bens móveis permanentes deverá ser autorizada pela **CONTRATANTE**, sob pena de desconhecimento do faturamento correspondente, e poderá ensejar a readequação do Parâmetro de Contratação inicialmente proposto.

o) Informar de imediato, e por escrito à SES, qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.

p) Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionárias, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as obrigações de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja, ainda que eventualmente tenham sido adotadas medidas preventivas, as quais não excluirão ou reduzirão a responsabilidade de fiscalização do contrato pela **CONTRATANTE**.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)3853-1140
090589AA210372
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87094-JED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

q) Responsabilizar-se com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados, à SES e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

r) Manter em perfeitas condições de uso as instalações hidráulicas, elétricas, sanitárias, telefônicas e de gases em geral, utilizados na prestação dos serviços contratados.

s) Permitir que a Secretaria de Estado de Transparência e Controle e a fiscalização da SES tenham acesso a todos os documentos da **CONTRATADA** que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente instrumento.

t) Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações da Instituição.

u) Publicar no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, Regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder público.

**CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

4.1. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

a) Efetuar repasses financeiros à **CONTRATADA**, no valor, forma e prazos ajustados;

b) Acompanhar, avaliar, controlar e fiscalizar a execução do objeto pactuado;

c) Receber, analisar e emitir parecer conclusivo sobre a execução dos serviços e sobre a prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA,** por intermédio das Comissões designadas.

d) Convocar a **CONTRATADA** via fax, e-mail, ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do contrato;

e) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis destinados ao cumprimento do objeto da contratação;

f) Inventariar e avaliar os bens referidos na alínea anterior desta cláusula, quando do encerramento da contratação, os quais serão revertidos à Administração Pública.

**CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA**

5.1. O contrato terá vigência de **180 (cento e oitenta) dias**, a contar de **16/11/2019** até **14/05/2020**, ou até a conclusão do chamamento público do Processo Administrativo nº 43377/2019.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210373
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES PARA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87095-QJJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

6.1. O recurso financeiro para a presente licitação correrá por conta da:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **FUNÇÃO** - 10 Saúde; **AÇÃO** – 4793; **SUBAÇÃO** – 904 (HTO); **FONTE** - 121; **NATUREZA DA DESPESA** – 33.90.39.50; conforme **NOTA DE EMPENHO nº 2019NE011062**, emitida em 14/11/2019.

**CLÁUSULA SETIMA – DO CUSTEIO DA UNIDADE – DO VALOR:**

7.1. Estão previstos no custeio mensal da unidade despesas com folha de pagamento de recursos humanos, material de consumo, serviços assistenciais médicos, serviços de terceiros, material médico-hospitalar e medicamentos.

7.2. O valor de repasse mensal foi estimado em **R$ 2.783.889,85 (dois milhões, setecentos e oitenta e três mil, oitocentos e oitenta e nove reais e oitenta e cinco centavos).**

7.3. O valor total estimado para 180 (cento e oitenta) dias é de **R$ 16.703.339,10 (dezesseis milhões, setecentos e três mil, trezentos e trinta e nove reais e dez centavos**).

**CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO**

8.1 A SES-MA designará Comissão para gerenciar e fiscalizar o contrato, que anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, controlando, permanentemente, a frequência do pessoal contratado.

8.2 As decisões e providências que ultrapassarem a competência da Comissão deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas necessárias.

**CLÁUSULA NONA – DO CUSTEIO DA UNIDADE – DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

9.1. O pagamento das despesas de custeio será realizado em parcelas mensais e sucessivas, até o 5º (quinto) dia útil do mês consignado, de acordo com os termos estabelecidos neste contrato de gestão, e em conformidade com seus respectivos planos de trabalho, bem como mediante a avaliação dos critérios determinados na Portaria nº 537/2018.

9.2. O primeiro repasse será efetuado de forma integral da data da ordem de início, emitida posteriormente à assinatura do Contrato de Gestão ou aditivos que vierem a ocorrer.

9.3. O segundo repasse será efetuado na forma integral, regularmente no segundo mês contratual, devendo ser apresentado Relatório de Produtividade comprovando a manutenção da Equipe Mínima, assim como a produção específica de cada procedimento, conforme metas pactuadas no respectivo Plano de Trabalho.

9.4. A transferência de recursos, a partir do terceiro mês contratual, estará condicionada:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210374
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JOAO ALVES BARBOSA
ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87096-IHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

a) à análise da avaliação de desempenho, definida no art. 7º da referida Portaria, e;

b) à análise da Prestação de Contas Financeira

9.5. Os demais repasses estarão condicionados:

a) à apresentação do relatório de produtividade mensal, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, e;

b) à apresentação da documentação pertinente à Prestação de Contas Financeiras da competência correspondente, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência.

9.6. A partir do segundo mês contratual, a contratada solicitará a transferência de recursos financeiros por meio da abertura de Processo Administrativo, observado o disposto na portaria.

9.7. A contratada deverá encaminhar, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, toda a documentação que comprove a realização das despesas do contrato de gestão, ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de fim de semana ou feriado.

9.8. Os pagamentos serão efetuados pela Contratante, após observadas todas as condições para o repasse dos recursos referentes ao contrato de gestão, dispostos na portaria nº 537/2018.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO**

10.1. O Contrato de Gestão, poderá ser rescindido nas hipóteses arroladas neste instrumento e seus anexos, independentemente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I - **unilateralmente**, pelo **CONTRATANTE**, se:

a) durante a vigência do Contrato de Gestão, a **CONTRATADA** perder, por qualquer razão, a sua qualificação, ou nos casos de dissolução da entidade;

b) a **CONTRATADA** descumprir qualquer cláusula do Contrato de Gestão;

c) a **CONTRATADA** utilizar os recursos em desacordo com o Contrato de Gestão;

d) a **CONTRATADA** não apresentar as prestações de contas nos prazos determinados;

e) a **CONTRATADA** não atingir as metas previstas no Contrato de Gestão, total ou parcialmente, e não apresentar justificativa formal coerente quanto ao seu eventual descumprimento;

f) a **CONTRATADA** suspender a prestação do bem ou serviço objeto do Contrato de Gestão sem justa causa e prévia comunicação ao **CONTRATANTE**;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210375
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87097-PQG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

g) a **CONTRATADA** descumprir as orientações formalmente registradas pelo **CONTRATANTE**;

h) a **CONTRATADA** apresentar documentação inidônea; ou

i) o Estado apresentar razões de interesse público para a rescisão, determinadas pelo dirigente máximo do **CONTRATANTE**;

**II - por acordo entre as partes:**

a) registrado por escrito, desde que não se enquadre nas hipóteses das alíneas "a" a "i" do inciso I.

10.2. Os casos de rescisão, na forma estabelecida no inciso I do item 10.1, serão efetivados por meio de ato devidamente justificado do dirigente máximo do **CONTRATANTE**.

10.2.1. Na hipótese prevista na alínea "a" do inciso I do item 10.1, o acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos dentro do Contrato de Gestão, durante o período em que tiver perdurado aquela qualificação, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, serão transferidos a outra pessoa jurídica qualificada como OS, que tenha, preferencialmente, o mesmo objeto social, ou, na falta de pessoa jurídica com essas características, ao Estado.

10.2.2. A rescisão unilateral do Contrato de Gestão poderá ensejar a instauração da competente Tomada de Contas Especial e poderá acarretar as seguintes consequências:
I - assunção imediata do objeto do Contrato de Gestão, no estado e local em que se encontrar, por ato próprio da Administração ou transferência para outra OS a ser indicada, de modo a evitar a descontinuidade dos serviços.

II - ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos e materiais na execução do Contrato de Gestão, necessários à sua continuidade; e

III - devolução dos recursos repassados, dos excedentes financeiros decorrentes de sua aplicação, dos bens e servidores cedidos.

10.2.3. No caso de que trata o item 10.2, as despesas relativas aos contratos assinados e aos compromissos já assumidos pela **CONTRATADA** a partir do momento da rescisão deverão ser custeadas com recursos desta.

10.3. A rescisão por acordo entre as partes, prevista no item 10.1, II, será precedida de justificativa escrita e fundamentada, assinada pelos dirigentes máximos do **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

11.1 A contratada estará sujeita às sanções administrativas previstas no art. 16 da Lei nº 9.637/1998 e na Lei Estadual nº 10.924, de 04 de setembro de 2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210376
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12 2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87098-PJE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

11.2. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante do Termo de Referência e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei 8.666/93, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, quais sejam:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Suspensão temporária da participação de licitação e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para participar de licitação e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

11.3. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**;

11.4. As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b";

11.5. Da aplicação das penalidades, a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso dirigido ao Secretário de Estado da Saúde;

11.6. Sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, a contratada incorrerá nos seguintes percentuais de multa (a depender da natureza da infração cometida):

a) Multa compensatória de até 10 % (dez por cento) sobre o valor total da nota de empenho, no caso de recusa injustificada em assinar o contrato ou deixar de entregar documentação exigida no ato de sua assinatura;

b) Multa moratória de até cinco por cento (5%), calculado sobre o valor da parcela não cumprida, em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

c) Multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

11.7. Em caso de inexecução parcial das obrigações assumidas, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

11.8 O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210377
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87099-EEI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

11.9. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

11.10. A aplicação de qualquer penalidade prevista realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**, observando-se o procedimento previsto na Lei de nº 8.666, de 1993, na Lei Estadual nº 10.297/2015 e subsidiariamente na Lei Estadual nº 8.959/2009.

11.11. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração Pública observado o princípio da proporcionalidade.

11.13. Atrasos cujas justificativas sejam aceitas pela SES/MA e comunicadas antes dos prazos de entrega consignados no contrato ou documento equivalente, poderão, a critério destas ser isenta total ou parcialmente das sanções.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA– DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

12.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Durante o vínculo do contrato de gestão, são permitidas alterações quantitativas e qualitativas, celebradas por meio de aditivos ao ajuste, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Por alterações quantitativas entendem-se aquelas relativas à vigência do contrato de gestão, bem como, as referentes ao programa de trabalho da entidade, em especial no que diz respeito a maior ou menor oferta de prestações materialmente fruíveis aos usuários de serviços sociais.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao atingimento de metas e objetivos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA.**



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210378
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIA ALVES FARIA. - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87100-EPA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA PUBLICIDADE:**

14.1. O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO**

15.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

15.2. E por estar justo e acordado, depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento contratual em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Luis (MA), 14 de novembro de 2019.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible] CPF nº: 026133323-28

2. Nome: [illegible] CPF nº: 034[illegible]

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210379
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FERREIRA ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87101-QHA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCC/SES
FLS.: 322
PROC.:
RUBR.:

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2020 - SES**
**PROCESSO Nº 64.216/2020 - SES**

**CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, NA FORMA ABAIXO:**

**O ESTADO DO MARANHÃO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES**, sediada na Av. Carlos Cunha, s/nº, Bairro do Calhau, CEP: 65.076-820, nesta Capital, CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante designada **CONTRATANTE**, neste ato representada respectivamente pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, casado, portador da Carteira de Identidade nº 68312297-5 SSP/MA e do CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta cidade, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, organização social inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ do Ministério da Fazenda sob o nº 05.997.585/0008-56, com endereço na Rua dos Guriatans, nº 6, Quadra 9, Jardim Renascença, São Luís/MA, CEP: 65.075-460, neste ato denominada **CONTRATADA**, representada pelo seu Diretor Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, inscrito no Cadastro de Pessoa Física - CPF sob o nº 110.695.967-63, portador da Cédula de Identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, residente e domiciliado Rio de Janeiro/RJ, **RESOLVEM** celebrar o presente Contrato decorrente do **Processo Administrativo nº 64.216/2020/SES**, com fundamento no Decreto Estadual nº 31.398/2015 e 32.651/2017, observado os requisitos previstos na Lei Estadual nº 7.066/1998, Lei Federal nº 9.637/98, Portaria SES/MA nº 537, de 19/06/2018, aplicando supletivamente, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O presente Contrato tem por objeto a celebração de contrato de gestão emergencial por parte da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA, com Organização Social – OS, para execução e operacionalização das ações e serviços de saúde de média complexidade no **Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO**, em consonância com os Parâmetros de Contratação.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Integram o presente Contrato, independentemente de transcrição:

a) Termo de Referência;

b) Parâmetro de Contratação;

c) Proposta da **CONTRATADA**.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210380
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87102-GEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCCISES
FLS.: 35
PROC.:
RUBR.

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÕES DOS SERVIÇOS**

2.1. A execução, portanto, do Contrato de Gestão das atividades e serviços de saúde do Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, ocorrerá conforme procedimentos discriminados no Parâmetro de Contratação, o qual faz parte integrante do Termo de Referência (Anexo I).

PROCES. ANALIS. PELA CCISES

2.2. A execução dos serviços de saúde descritos no Termo de Referência compreenderá as metas quantitativas e qualitativas discriminadas no Anexo I (Parâmetros de Contratação).

2.3. Para a execução dos serviços supracitados, a **CONTRATADA** deverá observar, ainda, que:

a) a **CONTRATANTE** estabelecerá normas para atingir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização dos exames subsequentes, o local da revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com a **CONTRATADA** e a satisfação do usuário do SUS;

b) no caso de ocorrer extrapolação nos quantitativos físicos de determinado procedimento previsto no Contrato, o pagamento será do valor mensal previsto no Contrato, e que não exceda a capacidade instalada da **CONTRATADA**;

c) a documentação comprobatória dos serviços da **CONTRATADA** será submetida a análise da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde/SES, através da Comissão de Contas e Comissão de Avaliação, Monitoramento e Fiscalização da **CONTRATANTE**, que procederá à aceitação, rejeição ou glosa, conforme Portaria Estadual nº 537, publicada no DOE-MA do dia 19 de junho de 2018;

d) em caso de não aceitação de serviços por estarem em desacordo com as especificações definidas no Parâmetro de Contratação, tais despesas correrão por conta da **CONTRATADA**.

2.4. Os serviços ora pactuados serão prestados diretamente por profissionais no estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA** e serão admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar os serviços decorrentes deste Contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Para efeitos de contratação, consideram-se profissionais do estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA**.

I) O membro do seu corpo clínico;

II) O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

III) O profissional autônomo que, eventualmente, ou permanentemente, preste serviço à **CONTRATADA**, ou se por esta autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso III do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Nos atendimentos na Unidade de apoio e terapia, bem como no acompanhamento do paciente e familiar serão cumpridas as seguintes normas:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210381
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87103-EPG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

a) os pacientes serão atendidos conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde - MS;

b) é vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente;

c) a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita por seu profissional ao paciente ou seu representante, em razão da execução do presente instrumento.

**PARÁGRAFO QUARTO** – É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE**.

2.5. A **CONTRATADA** compromete-se ainda:

I- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo determinado nos instrumentos normativos específicos;

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

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

IV- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;

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

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

VII- Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

VIII- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitando-se as normas de sua rotina hospitalar;

IX- Notificar a **CONTRATANTE** da eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, com cópias autenticadas da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, comprovando a mudança;

X- Admitir em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura da unidade, desde que respeitadas as exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pela **CONTRATADA**;

XI- A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer ao paciente relatório do atendimento prestado, que será ressarcido pela **CONTRATANTE**, com os seguintes dados:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)3853-1140
090589AA210382
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANAO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87104-DHG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCCISES
FLS.: 206
PROC.:
RUBR.:

PROCESSO ANALISADO PELA CSL/SES



**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

a) nome do paciente;

b) nome da Unidade;

c) localidade (Estado/Município);

d) motivo do atendimento;

e) data do atendimento;

f) data da alta.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210383
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87105-JEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**3.1. Constituem-se obrigações da CONTRATADA:**

**a) realizar a execução dos serviços na forma como indicada no Termo de Referência, Parâmetro de Contratação – Anexo I, bem como na proposta apresentada em seu regulamento de compras e contratações, mantendo à disposição da CONTRATANTE, durante 24 (vinte e quatro horas), os serviços que compõem a contratação;**

**b) obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação, além da documentação pertinente atualizada, comunicando à SES-MA qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente Contrato;**

**c) aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários à boa execução deste Contrato, conforme a legislação aplicável a espécie;**

**d) arcar com os encargos sociais, trabalhistas e regulamentares da categoria dos seus funcionários (acordos e convenções coletivas), bem como vantagens (vale-transporte, vale-alimentação, etc.) decorrentes da relação de emprego;**

**e) apresentar à SES-MA o nome do Banco, Agência e o número da conta bancária específica, para efeito de crédito do pagamento das obrigações, constando como titular o Programa/Projeto/Unidade de Saúde sob sua gestão, para o repasse dos recursos mensais;**

**f) assumir total responsabilidade por qualquer dano pessoal ou material que porventura venham a causar ao patrimônio da CONTRATANTE ou a terceiros quando da execução dos serviços estabelecidos no Parâmetro de Contratação – Anexo I do Termo de Referência;**

**g) apresentar, juntamente com as faturas mensais, relatórios gerenciais circunstanciados de produtividade, discriminando os serviços executados no mês anterior, assim como os respectivos dados estatísticos de frequência;**

**h) manter sigilo dos dados e informações, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios, documentos e informações de pacientes a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria de Estado da Saúde (SES);**

DCC/SES FLS.: 337 PROC.: RUBR.

l) a **CONTRATADA** deverá prestar contas junto à Comissão designada, devendo encaminhar até o dia 28 de cada mês subsequente ao mês de referência, Relatório de Prestação de Contas acompanhado da respectiva documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado, observando-se a Portaria SES/MA nº 537/2018;

j) a prestação de contas implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e das notas fiscais e comprovantes de pagamento destas, referentes aos serviços prestados e de aquisição de insumos, bem como a cópia das guias de recolhimento dos tributos com seus respectivos comprovantes. A não apresentação da prestação de contas dentro do prazo estabelecido ocasionará a suspensão do pagamento do mês subsequente;

k) contratar sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a SES, todo o pessoal qualificado necessário a prestação dos serviços técnicos objeto deste instrumento;

l) realizar constante qualificação, capacitação e avaliação do seu pessoal, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde os comprovantes de disponibilização dos cursos e capacitações, além das avaliações periódicas;

m) administrar, conservar e manter em perfeitas condições de uso, os bens móveis/ imóveis disponibilizados para prestação dos serviços;

n) a possível aquisição de bens móveis permanentes deverá ser autorizada pela **CONTRATANTE**, sob pena de desconhecimento do faturamento correspondente, e poderá ensejar a readequação do Parâmetro de Contratação inicialmente proposto;

o) informar de imediato e por escrito à SES, qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.

p) tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionárias, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as obrigações de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja, ainda que eventualmente tenham sido adotadas medidas preventivas, as quais não excluirão ou reduzirão a responsabilidade de fiscalização do Contrato pela **CONTRATANTE**;

q) responsabilizar-se com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados à SES e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

r) manter em perfeitas condições de uso as instalações hidráulicas, elétricas, sanitárias, telefônicas e de gases em geral, utilizados na prestação dos serviços contratados;

s) Permitir que a Secretaria de Estado de Transparência e Controle e a fiscalização da SES tenham acesso a todos os documentos da **CONTRATADA** que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente instrumento;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)3853-1140
D90589AA210384
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87106-EJP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

t) manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações da Instituição;

u) publicar no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, Regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder público.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

4.1. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

a) efetuar repasses financeiros à **CONTRATADA**, no valor, forma e prazos ajustados;

b) acompanhar, avaliar, controlar e fiscalizar a execução do objeto pactuado;

c) receber, analisar e emitir parecer conclusivo sobre a execução dos serviços e sobre a prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA**, por intermédio das Comissões designadas;

d) convocar a **CONTRATADA** via fax, e-mail, ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do Contrato;

e) permitir o uso dos bens móveis e imóveis destinados ao cumprimento do objeto da contratação;

f) inventariar e avaliar os bens referidos na alínea anterior desta cláusula, quando do encerramento da contratação, os quais serão revertidos à Administração Pública.

**CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA**

5.1. A vigência do Contrato **será de 180 (cento e oitenta) dias**, a contar de sua assinatura, ou até a conclusão do Chamamento Público nº 003/2019, oriundo do Processo Administrativo nº 43.377/2019 – SES/MA.

**CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

6.1. O recurso financeiro para a presente licitação correrá por conta da:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 001700 (MANUTENÇÃO - HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO); **FONTE** - 121; **NATUREZA DA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE004001**, emitida em 15/05/2020.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO CUSTEIO DA UNIDADE – DO VALOR**

7.1. Estão previstos no custeio mensal da unidade despesas com folha de pagamento de recursos humanos, material de consumo, serviços assistenciais médicos, serviços de terceiros, material médico-hospitalar e medicamentos.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210385
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 2854-2140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO [illegible]
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIAS
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEQP87107-QGA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCC/SES
FLS.: 328
PROC.:
RUBR.:

7.2. O valor de repasse mensal foi estimado em **R$ 2.783.889,85 (dois milhões, setecentos e oitenta e três mil, oitocentos e oitenta e nove reais e oitenta e cinco centavos).**

7.3. O valor total estimado para 180 (cento e oitenta) dias é de **R$ 16.703.339,10 (dezesseis milhões, setecentos e três mil, trezentos e trinta e nove reais e dez centavos).**

## CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO

8.1. A SES-MA designará Comissão para gerenciar e fiscalizar o Contrato, que anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas a execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, controlando, permanentemente, a frequência do pessoal contratado.

8.2. As decisões e providências que ultrapassarem a competência da Comissão deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas necessárias.

## CLÁUSULA NONA – DAS CONDIÇÕES E FORMA DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

9.1. O pagamento das despesas de custeio será realizado em parcelas mensais e sucessivas, até o 5º (quinto) dia útil do mês consignado, de acordo com os termos estabelecidos neste contrato de gestão, e em conformidade com seus respectivos planos de trabalho, bem como mediante a avaliação dos critérios determinados na Portaria nº 537/2018.

9.2. O primeiro repasse será efetuado de forma integral da data da ordem de início, emitida posteriormente à assinatura do Contrato de Gestão ou aditivos que vierem a ocorrer.

9.3. O segundo repasse será efetuado na forma integral, regularmente no segundo mês contratual, devendo ser apresentado Relatório de Produtividade comprovando a manutenção da Equipe Mínima, assim como a produção especifica de cada procedimento, conforme metas pactuadas no respectivo Plano de Trabalho.

9.4. A transferência de recursos, a partir do terceiro mês contratual, estará condicionada:

a) a análise da avaliação de desempenho, definida no art. 7º da referida Portaria, e;

b) a análise da Prestação de Contas Financeira.

9.5. Os demais repasses estarão condicionados:

a) a apresentação do relatório de produtividade mensal, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, e;

b) a apresentação da documentação pertinente à Prestação de Contas Financeira da competência correspondente, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência.

9.6. A partir do segundo mês contratual, a **CONTRATADA** solicitará a transferência de recursos financeiros por meio da abertura de Processo Administrativo, observado o disposto na portaria.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210386
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES BARRA ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87108-JHA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCCISES
FLS. 3281
PROC.
RUBR.

PROCESSO
ANALISADO
PELA CSL/SES



**9.7. A CONTRATADA** deverá encaminhar, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, toda a documentação que comprove a realização das despesas do contrato de gestão, ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de fim de semana ou feriado.

**9.8. Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE**, após observadas todas as condições para o repasse dos recursos referentes ao contrato de gestão, dispostos na portaria nº 537/2018.

## CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. O Contrato de Gestão, poderá ser rescindido nas hipóteses arroladas neste instrumento e seus anexos, independentemente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

**I - unilateralmente, pela CONTRATANTE, se:**

a) durante a vigência do Contrato de Gestão, a **CONTRATADA** perder, por qualquer razão, a sua qualificação, ou nos casos de dissolução da entidade;

b) a **CONTRATADA** descumprir qualquer cláusula do Contrato de Gestão;

c) a **CONTRATADA** utilizar os recursos em desacordo com o Contrato de Gestão;

d) a **CONTRATADA** não apresentar as prestações de contas nos prazos determinados;

e) a **CONTRATADA** não atingir as metas previstas no Contrato de Gestão, total ou parcialmente, e não apresentar justificativa formal coerente quanto ao seu eventual descumprimento;

f) a **CONTRATADA** suspender a prestação do bem ou serviço objeto do Contrato de Gestão sem justa causa e prévia comunicação à **CONTRATANTE**;

g) a **CONTRATADA** descumprir as orientações formalmente registradas pela **CONTRATANTE**;

h) a **CONTRATADA** apresentar documentação inidônea; ou

i) o Estado apresentar razões de interesse público para a rescisão, determinadas pelo dirigente máximo da **CONTRATANTE**.

**II - por acordo entre as partes:**

a) registrado por escrito, desde que não se enquadre nas hipóteses das alíneas "a" a "i" do inciso I.

10.2. Os casos de rescisão, na forma estabelecida no inciso I do item 10.1, serão efetivados por meio de ato devidamente justificado do dirigente máximo da **CONTRATANTE**.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210387
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87109-EQJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCC/SES
FLS.: 359
PROC.:
RUBR.:



10.2.1. Na hipótese prevista na alínea "a" do inciso I do item 10.1, o acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos dentro do Contrato de Gestão, durante o período em que tiver perdurado aquela qualificação, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, serão transferidos a outra pessoa jurídica qualificada como OS, que tenha, preferencialmente, o mesmo objeto social, ou, na falta de pessoa jurídica com essas características, ao Estado.

10.2.2. A rescisão unilateral do Contrato de Gestão poderá ensejar a instauração da competente Tomada de Contas Especial e poderá acarretar as seguintes consequências:

I - assunção imediata do objeto do Contrato de Gestão, no estado e local em que se encontrar, por ato próprio da Administração ou transferência para outra OS a ser indicada, de modo a evitar a descontinuidade dos serviços;

II - ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos e materiais na execução do Contrato de Gestão, necessários à sua continuidade; e

III - devolução dos recursos repassados, dos excedentes financeiros decorrentes de sua aplicação, dos bens e servidores cedidos.

10.2.3. No caso de que trata o item 10.2, as despesas relativas aos contratos assinados e aos compromissos já assumidos pela **CONTRATADA** a partir do momento da rescisão, deverão ser custeadas com recursos desta.

10.3. A rescisão por acordo entre as partes, prevista no item 10.1, II, será precedida de justificativa escrita e fundamentada, assinada pelos dirigentes máximos da **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

11.1. A **CONTRATADA** estará sujeita às sanções administrativas previstas no art. 16 da Lei nº 9.637/1998 e na Lei Estadual nº 10.924, de 04 de setembro de 2018.

11.2. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante do Termo de Referência e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei nº 8.666/93, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, quais sejam:

a) advertência;

b) multa;

c) suspensão temporária da participação de licitação e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) declaração de inidoneidade para participar de licitação e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090569AA210388
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87110-QAA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

PROCESSO ANALISADO PELA CSL/SES
DCC/SES
FLS.: 389
PROC.:
RUBR.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

11.3. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

11.4. As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

11.5. Da aplicação das penalidades, a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

11.6. Sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, a **CONTRATADA** incorrerá nos seguintes percentuais de multa (a depender da natureza da infração cometida):

a) multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total da Nota de Empenho, no caso de recusa injustificada em assinar o Contrato ou deixar de entregar documentação exigida no ato de sua assinatura;

b) multa moratória de até cinco por cento (5%), calculada sobre o valor da parcela não cumprida, em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

c) multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do Contrato, no caso de inexecução total do objeto.

11.7. Em caso de inexecução parcial das obrigações assumidas, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida.

11.8. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado a **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

11.9. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

11.10. A aplicação de qualquer penalidade prevista realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, na Lei Estadual nº 10.297/2015 e, subsidiariamente, na Lei Estadual nº 8.959/2009.

11.11. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração Pública observado o princípio da proporcionalidade.

11.12. Atrasos, cujas justificativas sejam aceitas pela SES/MA e comunicadas antes dos prazos de entrega consignados no Contrato ou documento equivalente, poderão, a critério desta, ser isentos total ou parcialmente das sanções.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)3853-1140
090589AA210389
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia extraída é cópia fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. SANTO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87111-HEA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

DCC/SES
FLS.: 860
PROC.:
RUBR.:

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

12.1. O presente Contrato de Gestão poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Durante o vínculo do Contrato de Gestão, são permitidas alterações quantitativas e qualitativas, celebradas por meio de aditivos ao ajuste, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Por alterações quantitativas entendem-se aquelas relativas à vigência do Contrato de Gestão, bem como as referentes ao programa de trabalho da entidade, em especial no que diz respeito a maior ou menor oferta de prestações materialmente fruíveis aos usuários de serviços sociais.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao atingimento de metas e objetivos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente Contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICIDADE:

14.1. O Contrato de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO

15.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210390
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANAINA VIEIRA FARIA. ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87112-EPE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

15.2. E por estar justo e acordado, depois de lido e achado conforme, as partes assinam o presente instrumento contratual em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Luís (MA), 15 de maio de 2020.

PROCESSO ANALISADO PELA CSL/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES
CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA
Secretário de Estado da Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
BRUNO SOARES RIPARDO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: BARROS
CPF nº: 224.500.613-68

2. Nome:
CPF nº: 603656453-00

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210391
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.

Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA. ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87113-PHA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020 - SES**
**PROCESSO Nº 43.377/2019 - SES**

**CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO MARANHÃO POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, NA FORMA ABAIXO:**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203587
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOK35403-EDC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, nesta Capital, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta Capital e, do outro lado, o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral o Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 206.533.754, DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, **RESOLVEM** celebrar o presente Contrato de Gestão, regendo-se pelo disposto na **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; Lei Estadual nº 7.066, de 03 de fevereiro de 1998**, regulamentada pelo **Decreto Estadual nº 31.398, de 09 de dezembro de 2015, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; Portaria nº 1.081, de 13 de dezembro de 2016** e pelos demais normativos aplicáveis, consoante o Processo Administrativo nº 43.377/2019 e mediante as cláusulas e condições seguintes:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DA DESCRIÇÃO DO OBJETO PACTUADO

1. O presente Contrato de Gestão, decorrente do Chamamento Público nº 003/2019, tem por objeto celebração de contrato de gestão por parte da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA, com Organização Social sem fins lucrativo, para **gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - É vedada a execução de atividades que tenham por objeto, envolvam ou incluam, direta ou indiretamente a delegação das funções de regulação, de fiscalização, do exercício do poder de polícia ou de outras atividades exclusivas do Estado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Integram o presente termo, independentemente de transcrição:

a) Edital de Chamamento Público nº 003/2019;
b) Proposta (Programa de Trabalho e Memória de Cálculo), o qual constituirá o anexo I deste contrato, bem como, toda documentação de regularidade que dele resulte.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Eventuais ajustes realizados durante a execução do objeto integrarão o contrato, desde que não haja alteração do objeto e sejam submetidos e aprovados previamente pela autoridade competente da Secretaria de estado da Saúde.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1 São obrigações dos Partícipes:

### I – DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE:

a) Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, ambientação, materiais permanentes necessários à execução dos serviços especificados no Termo de Referência e Anexo I.

b) Programar e efetuar os repasses financeiros específicos para custear a execução dos serviços, objeto do contrato, no valor, na forma e prazos ajustados.

c) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, avaliados e inventariados, destinados ao cumprimento do objeto da contratação, mediante Termo de Permissão de Uso.

d) Realizar o acompanhamento, avaliação, fiscalização dos serviços, através da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização do Contrato, instituída para esse fim, a qual acompanhará o desenvolvimento e cumprimento dos serviços de saúde no Hospital.

e) Receber, analisar e emitir relatório mensal de execução do objeto do contrato de prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA**, por intermédio das Comissões designadas.

f) Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria e o submeter à comissão de monitoramento e avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização social;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203588
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35404-EDD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

g) Realizar, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizar os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

h) Liberar os recursos em obediência ao cronograma de desembolso, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto do Contrato de Gestão;

i) Promover o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria, podendo valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos;

j) Na hipótese de o gestor da parceria deixar de ser agente público ou ser lotado em outro órgão ou entidade, o Secretário de Estado da Saúde deverá designar novo gestor, assumindo, enquanto isso não ocorrer, todas as obrigações do gestor, com as respectivas responsabilidades;

k) Viabilizar o acompanhamento pela internet dos processos de liberação de recursos;

l) Manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas, em ordem alfabética, pelo nome da organização social e dos respectivos planos de trabalho, até cento e oitenta dias após o respectivo encerramento;

m) Divulgar pela internet os meios para representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria;

n) Analisar e, se for o caso, aprovar proposta de alteração do Plano de Trabalho;

o) Analisar a prestação de contas relativa a este Contrato de Gestão, emitindo parecer conclusivo sobre sua aprovação ou não;

p) Notificar a Organização Social quando não apresentada a prestação de contas dos recursos aplicados ou constatada a má aplicação dos recursos públicos;

q) Disponibilizar a **CONTRATADA** adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes necessários à execução do objeto do Contrato;

r) Programar e efetuar os repasses financeiros específicos para custear a execução dos serviços, objeto do contrato, no valor, forma e prazos ajustados;

s) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, avaliados e inventariados, destinados ao cumprimento do objeto da contratação, mediante termo de permissão de uso

t) Realizar o monitoramento, controle e avaliação periódicos, através da Comissão de Avaliação, Monitoramento e Fiscalização do Contrato, instituída para esse fim, a qual acompanhará o desenvolvimento e cumprimento das atividades assistências prestadas pela contratada aos usuários no Hospital;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203589
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35405-JEK Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

u) Receber, analisar e emitir parecer conclusivo sobre a execução dos serviços e sobre a prestação de contas dos recursos recebidos pela **CONTRATADA**, por intermédio das Comissões designadas.

## II – DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

a) Manter o local dos serviços devidamente higienizado, para atender às necessidades do serviço.

b) Obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com todas as condições de habilitação e qualificação, além da documentação pertinente atualizada, comunicando à SES-MA qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente.

c) Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessários à boa execução deste contrato, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento), conforme a legislação aplicável à espécie.

d) Contratar sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a SES, todo o pessoal qualificado necessário à prestação dos serviços técnicos objeto deste instrumento.

e) Zelar pela constante qualificação, capacitação e avaliação do seu pessoal, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde os comprovantes de disponibilização dos cursos de qualificação e capacitações, além das avaliações periódicas.

f) Comunicar à **CONTRATANTE** eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, com cópias autenticadas da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, comprovando a mudança.

g) Arcar com os encargos sociais, trabalhistas e regulamentares da categoria dos seus funcionários (acordos e convenções coletivas), bem como vantagens (vale-transporte, vale-alimentação, etc.) decorrentes da relação de emprego.

h) Movimentar os recursos financeiros transferidos pela Secretaria de Estado da Saúde, para executar do objeto do Contrato, em conta bancária específica e exclusiva. Havendo mais de uma origem dos recursos financeiros destinados àquela Unidade de Saúde, a OS deverá providenciar a abertura de contas correntes distintas para cada Fonte de Recursos, a fim de que as movimentações bancárias relativas aos repasses oriundos do Tesouro Estadual (Fonte 121) e aos repasses oriundos do Tesouro Federal (Fontes 108 e 120) permaneçam separadas para todos os fins, inclusive para a verificação contábil.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203590
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35406-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

h.1) Custeio Mensal
Banco do Brasil- Agência: 3127-5 Conta Corrente: 83.686-9

h.2) Fundo de Reserva
Banco do Brasil- Agência: 3127-5 Conta Corrente: 83.687-7

i) Arcar com a responsabilidade civil por todos e quaisquer danos materiais e morais causados pela ação ou omissão de seus empregados, trabalhadores, prepostos ou representantes, dolosa ou culposamente, à SES/MA ou a terceiros.

j) Zelar pelos bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

k) Informar de imediato, e por escrito à SES/MA, qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.

l) Manter em perfeitas condições de uso as instalações hidráulicas, elétricas, sanitárias, telefônicas e de gases em geral, utilizados na prestação dos serviços contratados.

m) Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionárias, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as obrigações de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja, ainda que eventualmente tenham sido adotadas medidas preventivas, as quais não excluirão ou reduzirão a responsabilidade de fiscalização do contrato pela **CONTRATANTE.**

n) Responsabilizar-se com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados, à SES e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

o) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo determinado nos instrumentos normativos específicos.

p) Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

q) Responsabilizar-se de forma exclusiva e integral pela utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE.**

r) Atender aos pacientes e familiares deste com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203591
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35407-EJO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

s) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento.

t) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

u) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

v) Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios, documentos e informações a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

w) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitando-se as normas de sua rotina hospitalar.

x) Prestar serviços de atendimento, bem como de acompanhamento do paciente e familiar conforme as normas e técnicas do Ministério da Saúde. Sendo vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

y) A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua alta, relatório do atendimento prestado, no qual devem constar os seguintes dados:

a. Nome do paciente;
b. Nome da Unidade de atendimento;
c. Localidade (Estado/Município)
d. Motivo do atendimento;
e. Data do atendimento, em caso de internação, data da alta;
f. Procedimentos realizados e/ou materiais empregados, quando for o caso.

z) Deverá ainda, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item anterior, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em Lei.

aa) Permitir o livre acesso da fiscalização da SES e dos membros da Secretaria de Estado da Transparência e Controle, em qualquer tempo e lugar, a todos os documentos da **CONTRATADA** que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente instrumento.

bb) Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato.

cc) A Organização Social fará publicar no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do Contrato de Gestão, Regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder público.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090569AA203592
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE ORISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35408-ECE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CONTRATO

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR, DA CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

3.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato de Gestão, neste ato fixados o valor global em **R$ 32.339,009,28 (trinta e dois milhões, trezentos e trinta e nove mil, nove reais e vinte e oito centavos)**, e o mensal de **R$ 2.694.917,44 (dois milhões, seiscentos e noventa e quatro mil, novecentos e dezessete reais e quarenta e quatro centavos)**, serão alocados de acordo com a proposta (Programa de Trabalho), conforme a seguinte classificação orçamentária:

I. Os recursos financeiros correrão à conta da dotação alocada no orçamento da administração pública estadual, autorizado pela Lei nº 10.375, de 16 de dezembro de 2015, vinculada a seguinte dotação orçamentária:

a) **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** - 21901; **PROGRAMA** - 0596; **AÇÃO** - 4908; **SUBAÇÃO** - 001700 (MANUTENÇÃO - HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTO); **FONTE** - 121; **NATUREZA DA DESPESA** - 33.90.39.50, conforme **NOTA DE EMPENHO Nº 2020NE007887**, emitida em 11/09/2020.

**CLÁUSULA QUARTA- DA CONTRAPARTIDA**

4.1. Não será exigida qualquer contrapartida da organização social.

**CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA**

5.2. A vigência será de **12 (doze) meses**, **a contar de 01/10/2020**, podendo ser prorrogado nos termos do art. 57, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93, com concordância de ambas as partes.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A vigência do Contrato de Gestão poderá ser alterada mediante solicitação da organização social, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à administração pública em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do prazo de encerramento da parceria inicialmente prevista.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A prorrogação de ofício da vigência do contrato deve ser feita pela Secretaria de estado da Saúde quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

**CLÁUSULA SEXTA - DA LIBERAÇÃO E DA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS**

6.1. O pagamento das despesas de custeio será realizado em parcelas mensais e sucessivas, até o 5º (quinto) dia útil do mês consignado, de acordo com os termos estabelecidos nos Contratos de Gestão, e em conformidade com seus respectivos Planos de Trabalho; bem como mediante a avaliação dos critérios determinados na Portaria nº 537/2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203593
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,30 Total R$: 12,91.
Selo: EEOK35409-EKO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

6.2. O primeiro repasse será efetuado de forma integral na data da Ordem de Início, emitida posteriormente à assinatura do Contrato de Gestão ou aditivos que vierem a ocorrer.

6.3. O segundo repasse será efetuado na forma integral, regularmente no segundo mês contratual, devendo ser apresentado Relatório de Produtividade comprovando a manutenção da Equipe Mínima, assim como a produção específica de cada procedimento, conforme metas pactuadas no respectivo Parâmetro de Contratação;

6.4. A transferência de recursos, a partir do terceiro mês contratual, estará condicionada:

a) à análise da Avaliação de Desempenho, definida no art. 7° da referida Portaria, e;

b) à análise da Prestação de Contas Financeira.

6.5. Os demais repasses estarão condicionados:

a) à apresentação do Relatório de Produtividade Mensal, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência, e;

b) à apresentação da documentação pertinente à Prestação de Contas Financeira da competência correspondente, até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês subsequente ao mês de referência.

6.6. A partir do segundo mês contratual, a contratada solicitará a transferência de recursos financeiros por meio da abertura de Processo Administrativo, observado o disposto no Art. 6° da Portaria n° 537/2018/SES/MA.

6.7. Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, após observadas todas as condições para o repasse dos recursos referentes ao Contrato de Gestão, dispostos na Portaria n.° 537/2018/SES/MA.

6.8. O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional no prazo de até 30 (trinta) dias, após conferência e aceite definitivo dos serviços realizados, por meio de Ordem Bancária, mediante a apresentação da Nota Fiscal/Fatura.

6.9. Os pagamentos serão efetuados pela **CONTRATANTE** em parcelas mensais, mediante a apresentação, além da Nota Fiscal ou Fatura, de Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, Certidão de Regularidade de situação para com o FGTS, Certidões Negativas de Débitos Estadual (CND e Dívida Ativa), Municipal e Relatório de Produtividade correspondente à produção realizada no mês anterior, devidamente emitidos e atestados pelo fiscal, membro da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização responsável pelo contrato.

CARTÓRIO DO 2° OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203594
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOK35410-JKO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

6.10. A Nota Fiscal/Fatura deverá ser protocolada na Secretaria de Estado da Saúde, até o quinto dia útil subsequente ao mês da prestação dos serviços, através de ofício contendo todas as informações necessárias a quitação de acordo com as normas vigentes.

6.11. A não observância do prazo previsto para a apresentação da Nota Fiscal ou Fatura e demais documentos necessários ao pagamento, ou a sua apresentação com incorreções ou ausências de documentos ensejará a prorrogação do prazo de pagamento por igual número de dias a que corresponderem os atrasos e/ou incorreções verificadas, não cabendo à **CONTRATADA**, qualquer acréscimo decorrente deste atraso, de sua única e total responsabilidade.

6.12. A **CONTRATADA** lançará na Nota Fiscal ou Fatura as especificações dos serviços executados de modo idêntico àquelas constantes do objeto do Contrato e Nota de Empenho.

6.13. A Nota Fiscal ou Fatura serão atestadas pelo fiscal, membro da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização, observadas as normas estabelecidas no Contrato e nas Portarias vigentes que regulamentam o acompanhamento, avaliação, fiscalização e as condições de transferência de recursos nos Contratos de Gestão e Termos de Parceria.

6.14. O descumprimento das obrigações trabalhistas, inclusive regulamentares e constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho da categoria de seus empregados, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejarão o pagamento, em juízo, dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

6.15. A avaliação e valoração dos indicadores de qualidade serão utilizados para cálculo do valor a ser pago.

6.16. Quanto à avaliação e valoração dos desvios nas quantidades de atividade assistencial, os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DA ALTERAÇÃO

7.1. A Secretaria de Estado da Saúde poderá autorizar ou propor a alteração deste contrato, após, respectivamente, solicitação fundamentada da organização social ou sua anuência, desde que não haja alteração do objeto.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.** A alteração da parceria dar-se-á da seguinte forma:

I. Por **termo aditivo** para:

a) Ampliação de até 25% (vinte e cinco por cento);
b) Redução do valor global, sem limitação de montante;
c) Prorrogação da vigência do contrato;
d) Alteração da destinação dos bens remanescentes



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203595
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE KRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35411-DDE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

II. Por **certidão de apostilamento** para:
a) Utilização dos rendimentos de aplicações financeiras ou de saldos porventura existentes antes do término da execução da parceria;
b) Ajustes da execução do objeto da parceria;
c) Remanejamento de recursos sem alteração do valor global.

**PARÁGRAFO SEGUNDO -** A parceria poderá ser alterada por certidão de apostilamento, **independentemente de anuência da organização social**, sem prejuízos das alterações prevista no parágrafo anterior, para:

I. Prorrogação da vigência, antes de seu término, quando a Secretaria de Estado da Saúde tiver dado causa ao atraso na liberação de recursos financeiros, ficando a prorrogação limitada ao exato período do atraso verificado;
II. Indicação dos créditos orçamentários de exercícios futuros.

**PARÁGRAFO TERCEIRO -** O prazo manifestação sobre a solicitação de alteração será de 30 (trinta) dias, contados da data de sua apresentação, ficando o prazo suspenso quando forem solicitados esclarecimentos à organização social.

**PARÁGRAFO QUARTO -** No caso de término da execução da parceira antes da manifestação sobre a solicitação de alteração da destinação dos bens remanescentes, a custódia dos bens permanecerá sob a responsabilidade da organização social até a decisão do pedido.

## CLÁUSULA OITAVA - DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS E OS RESULTADOS A SEREM OBTIDOS E DOS LIMITES E CRITÉRIOS PARA DESPESA COM REMUNERAÇÃO E VANTAGENS DE QUALQUER NATUREZA:

8.1. A execução do contrato de gestão das atividades e serviços de saúde do Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO, ocorrerá conforme procedimentos discriminados no **Parâmetro de Contratação,** o qual faz parte integrante deste Termo.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO -** O endereço do Hospital onde destina-se à execução dos serviços está localizado na Rua Cantanhede, Quadra 44, Nº 03, Bairro Turu, São Luís – MA (CNES nº 7891067).

**PARÁGRAFO SEGUNDO -** A execução dos serviços de saúde descritos neste Termo de Referência compreenderá os procedimentos discriminados no Parâmetro de Contratação, a saber, consultas médicas especializadas, clinicas e ambulatoriais, cirúrgicas, serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico – SADT e internação hospitalar.

**PARÁGRAFO TERCEIRO -** Para efeitos de contratação, consideram-se profissionais do estabelecimento gerenciado pela **CONTRATADA**:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203596
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35412-ECA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

I - O membro do seu corpo clínico;

II- O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

III- O profissional autônomo que, eventualmente, ou permanentemente, preste serviço a **CONTRATADA**, ou se por este autorizado.

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

**PARÁGRAFO QUINTO** - Nos atendimentos na Unidade de Apoio e Terapia, bem como no acompanhamento do paciente e familiar serão cumpridas as seguintes normas:

**PARÁGRAFO SEXTO** - Os pacientes serão atendidos conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde - MS;

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - É vedada a cobrança por serviços médicos e fornecimento de material ou medicamento para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente;

**PARÁGRAFO OITAVO** - A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita por seu profissional ao paciente ou seu representante, em razão da execução do presente instrumento.

**PARÁGRAFO NONO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal necessário à execução do pactuado, devendo ser observados os regimentos e respectivas convenções coletivas de trabalho relacionadas à categoria, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE**.

8.2. Quanto aos empregados e dirigentes da Organização Social, os limites das despesas de remuneração e vantagens encontram-se estabelecidas no Decreto nº 33.109 de 14 de julho de 2017, e, em face dos empregados, diretores, estatutários ou não, os limites de remuneração e vantagens encontram-se estabelecidos no item 16.1 do parâmetro de contratação, vedado a remuneração de empregados, diretores, estatutários ou não, por meio de interposta pessoa jurídica.

## CLÁUSULA NONA – DO MONITORAMENTO, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS

9.1. O acompanhamento, avaliação e fiscalização da execução do contrato consiste na verificação da conformidade dos aspectos técnico-assistenciais, bem como da análise dos resultados físicos alcançados, garantindo a adoção das providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, zelando pela garantia do interesse público, nos exatos termos da Portaria SES nº 535, de 19 de junho de 2018.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203597
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35413-AAE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A SES-MA designará Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização –CAAF e terão por função verificar a execução e o fiel cumprimento dos Contratos de Gestão e/ou Termos de Parceria, auxiliando no gerenciamento das Unidades de Saúde do Estado do Maranhão, conforme as atribuições estabelecidas na Portaria SES nº 535, de 19 de junho de 2018.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A **CONTRATADA** deverá executar os serviços previstos no Parâmetro de Contratação, observando as metas estabelecidas, sob pena de glosa, nos moldes determinados na Portaria SES nº 537, de 19 de junho de 2018.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - A **CONTRATADA** deverá Prestar Contas Financeira junto à Comissão de Contas, devendo encaminhar até o dia 28 de cada mês subsequente ao mês de referência, Relatório de Prestação de Contas acompanhado da respectiva documentação que comprove a realização das despesas do Contrato de Gestão ficando prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado, observando-se a Portaria n. º 537, de 19 de junho de 2018.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A prestação de contas financeira, implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e das notas fiscais e comprovantes de pagamento destas (transferências eletrônica e extrato bancário), referentes aos serviços prestados e de aquisição de insumos, bem como, a cópia das guias de recolhimento dos tributos com seus respectivos comprovantes, nos termos da Portaria n. º 537/2018. A não apresentação da prestação de contas dentro do prazo estabelecido e não aprovação da Prestação de Contas no valor integral, ocasionará a suspensão do pagamento do mês subsequente. Podendo ser pago apenas os valores relativos a folha de pessoal e serviços médicos, se for o caso.

**PARÁGRAFO QUINTO** - As decisões e providências que ultrapassarem a competência da referida Comissão deverão ser solicitadas à autoridade superior, em tempo hábil, para a adoção das medidas necessárias.

## CLÁUSULA DÉCIMA – DAS AUDITORIAS EXTERNAS

10.1. Será obrigatória a realização de auditoria externa independente para a verificação da aplicação dos recursos no Contrato de Gestão cujo valor anual seja igual ou superior a R$ 2.000.000,00 (dois milhões) reais.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A OS será responsável pela escolha e contratação da pessoa jurídica que realizará os trabalhos de auditoria, dentre aquelas habilitadas pelos Conselhos Regionais de Contabilidade, observando, para isso, seu regulamento de compras e contratações.

**PARÁGRAFO SEGUNDIO** - A auditoria externa deverá verificar a conformidade das demonstrações e documentos contábeis da OS, bem como dos Relatórios Gerenciais Financeiros, procedendo à avaliação dos controles internos, incluindo-se a análise da utilização dos recursos repassados e arrecadados em função do Contrato de Gestão, na consecução de seu objeto.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203598
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35414-ECE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - A auditoria externa será realizada sobre a prestação de contas anual do Contrato de Gestão, no prazo estabelecido pela OS.

**PARÁGRAFO QUARTO** - O disposto nesta cláusula aplica-se também aos casos em que a OS celebre, concomitantemente, mais de um Contrato de Gestão com um ou vários órgãos estatais e cuja soma ultrapasse o referido valor anual.

**PARÁGRAFO QUINTO** - A auditoria externa deverá ser realizada sobre prestação de contas de encerramento do Contrato de Gestão caso o período abrangido por esta prestação de contas seja superior a três meses.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESTITUIÇÃO DE RECURSOS

11.1. Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à administração pública no prazo improrrogável de **30 (trinta) dias**, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente da administração pública.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Quando a prestação de contas for avaliada como irregular, após exaurida a fase recursal, se mantida a decisão, a organização social poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito neste contrato e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original, desde que não tenha havido dolo ou fraude e não seja o caso de restituição integral dos recursos.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A inobservância ao disposto nesta Cláusula enseja a instauração de Tomada de Contas Especial.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DOS BENS REMANESCENTES

12.1. Para os fins deste ajuste, consideram-se bens remanescentes os de natureza permanente adquiridos com recursos financeiros envolvidos na parceria, necessários à consecução do objeto, mas que a ele não se incorporam.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A definição da titularidade dos bens remanescentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos repassados pela Secretaria de estado da Saúde após o fim da parceria, poderá determinar a titularidade:

I - Para o órgão ou a entidade pública estadual, quando necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado, seja por meio da celebração de nova parceria, seja pela execução direta do objeto pela Administração Pública estadual; ou

II - Para a organização social, quando os bens forem úteis à continuidade da execução de ações de interesse social pela organização



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203599
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 8,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35415-KAC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Na hipótese do inciso I do parágrafo anterior, a organização social deverá, a partir da data da apresentação da prestação de contas final, disponibilizar os bens para a Administração Pública estadual, que deverá retirá-los, no prazo de até 90 (noventa) dias, após o qual a organização social não mais será responsável pelos bens.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - A determinação da titularidade dos bens remanescentes para a Secretaria formaliza a promessa de transferência da propriedade.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Na hipótese do inciso II do parágrafo primeiro, a definição da titularidade dos bens remanescentes poderá prever que a organização social possa realizar doação a terceiros, inclusive beneficiários da política pública objeto da parceria, desde que demonstrada sua utilidade para realização ou continuidade de ações de interesse social.

**PARÁGRADO QUARTO** - Os bens remanescentes adquiridos com recursos transferidos poderão, a critério do administrador público, ser doados quando, após a consecução do objeto, não forem necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado, observado o disposto neste termo e na legislação vigente.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Na hipótese do inciso II do parágrafo primeiro, caso a prestação de contas final seja rejeitada, a titularidade dos bens remanescentes permanecerá com a organização social, observados os seguintes procedimentos:

I. Não será exigido ressarcimento do valor relativo ao bem adquirido quando a motivação da rejeição não estiver relacionada ao seu uso ou aquisição; ou

II. O valor pelo qual o bem remanescente foi adquirido deverá ser computado no cálculo do dano ao erário a ser ressarcido, quando a motivação da rejeição estiver relacionada ao seu uso ou aquisição.

**PARÁGRAFO SEXTO** - Na hipótese de dissolução da organização social durante a vigência da parceria:

I. Os bens remanescentes deverão ser retirados pela Administração Pública estadual, no prazo de até 90 (noventa) dias, contado da data de notificação da dissolução, quando a cláusula de que trata o caput determinar a titularidade disposta no inciso I do caput; ou

II. O valor pelo qual os bens remanescentes foram adquiridos deverá ser computado no cálculo do valor a ser ressarcido, quando a cláusula de que trata o caput determinar a titularidade disposta no inciso II do caput.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Os bens remanescentes serão gravados com cláusula de inalienabilidade, e a Organização Social deverá formalizar promessa de transferência da propriedade à administração pública, na hipótese da extinção da parceria.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203600
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35416-EOK Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0075336

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO**

13.1. O presente Contrato de Gestão poderá ser:

I. Denunciado a qualquer tempo, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e auferindo as vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença, respeitado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência para a publicidade dessa intenção;

II. Rescindido, independente de prévia notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - O Contrato de Gestão, nos moldes do Decreto Estadual nº 31.398/2015, poderá ser rescindido nas hipóteses relacionadas neste instrumento e seus anexos, além daquelas estabelecidas no contrato, independentemente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I - Unilateralmente, pelo **CONTRATANTE**, se:

a) durante a vigência do Contrato de Gestão, a **CONTRATADA** perder, por qualquer razão, a sua qualificação, ou nos casos de dissolução da entidade;

b) a **CONTRATADA** descumprir qualquer cláusula do Contrato de Gestão;

c) a **CONTRATADA** utilizar os recursos em desacordo com o Contrato de Gestão;

d) a **CONTRATADA** não apresentar as prestações de contas nos prazos determinados;

e) a **CONTRATADA** não atingir as metas previstas no Contrato de Gestão, total ou parcialmente, e não apresentar justificativa formal coerente quanto ao seu eventual descumprimento;

f) a **CONTRATADA** suspender a prestação do bem ou serviço objeto do Contrato de Gestão sem justa causa e prévia comunicação ao **CONTRATANTE**;

g) a **CONTRATADA** descumprir as orientações formalmente registradas pelo **CONTRATANTE**;

h) a **CONTRATADA** apresentar documentação inidônea; ou

i) o Estado apresentar razões de interesse público para a rescisão, determinadas pelo dirigente máximo do **CONTRATANTE**;

II - por acordo entre as partes:

a) desde que registrado por escrito, desde que não se enquadre nas hipóteses das alíneas "a" a "i" do inciso I.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203601
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35417-KEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/siteublico/

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Os casos de rescisão, na forma estabelecida no inciso I do item parágrafo primeiro, serão efetivados por meio de ato devidamente justificado do dirigente máximo do **CONTRATANTE.**

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Na hipótese prevista na alínea "a" do inciso I do parágrafo primeiro, o acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos dentro do Contrato de Gestão, durante o período em que tiver perdurado aquela qualificação, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, serão transferidos a outra pessoa jurídica qualificada como OS, que tenha, preferencialmente, o mesmo objeto social, ou, na falta de pessoa jurídica com essas características, ao Estado.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A rescisão unilateral do Contrato de Gestão poderá ensejar a instauração da competente Tomada de Contas Especial e poderá acarretar as seguintes consequências:

I - Assunção imediata do objeto do Contrato de Gestão, no estado e local em que se encontrar, por ato próprio da Administração ou transferência para outra OS, de modo a evitar a descontinuidade dos serviços.

II - Ocupação e utilização do local, instalações, equipamentos e materiais na execução do Contrato de Gestão, necessários à sua continuidade; e

III - devolução dos recursos repassados, dos excedentes financeiros decorrentes de sua aplicação, dos bens e servidores cedidos.

**PARÁGRAFO QUINTO** - No caso de que trata o parágrafo anterior, as despesas relativas aos contratos assinados e aos compromissos já assumidos pela **CONTRATADA** a partir do momento da rescisão deverão ser custeadas com recursos desta.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A rescisão por acordo entre as partes, prevista no item 20.4, II, será precedida de justificativa escrita e fundamentada, assinada pelos dirigentes máximos do **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA.**

a) Utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho;
b) Inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas;
c) Constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção em qualquer documento apresentado; e
d) Verificação da ocorrência de qualquer circunstância que enseje a instauração de Tomada de Contas Especial.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A rescisão do Contrato de Gestão, quando resulte dano ao erário, enseja a instauração de Tomada de Contas Especial.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A rescisão do Contrato de Gestão, gerará a abertura de um processo administrativos para aplicação e apuração de responsabilidade de acordo com as sanções estipuladas na cláusula décima quinta garantido o contraditório e a ampla defesa.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203602
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 42,91
Selo: EEOK35418-EHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS RESPONSABILIZAÇÕES E DAS SANÇÕES

14.1. A contratada estará sujeita às sanções administrativas previstas no art. 16 da Lei nº 9.637/1998, no art. 27 da Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, no que tange à sua desqualificação.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante do Termo de Referência e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei 8.666/93, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, quais sejam:

a) Advertência;
b) Multa;
c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA;

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b";

**PARÁGRAFO QUARTO** - Da aplicação das penalidades, a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso dirigido ao Secretário de Estado da Saúde;

**PARÁGRAFO QUINTO** - Sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, a contratada incorrerá nos seguintes percentuais de multa (a depender da natureza da infração cometida):

a) **Multa compensatória de até 10 % (dez por cento) sobre o valor total da nota de empenho**, no caso de recusa injustificada em assinar o contrato ou deixar de entregar documentação exigida no ato de sua assinatura;

b) **Multa moratória de até cinco por cento (5%), calculado sobre o valor da parcela não cumprida**, em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

c) **Multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato**, no caso de inexecução total do objeto.

**PARÁGRAFO SEXTO** - Em caso de inexecução parcial das obrigações assumidas, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203603
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35419-OEI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

**PARÁGRAFO NONO** - A aplicação de qualquer penalidade prevista realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à **CONTRATADA**, observando-se o procedimento previsto na Lei de nº 8.666, de 1993, na Lei Estadual nº 10.297/2015 e subsidiariamente na Lei Estadual nº 8.959/2009.

**PARÁGRAFO DÉCIMO** - A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração Pública observado o princípio da proporcionalidade.

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO** - Atrasos cujas justificativas sejam aceitas pela SES/MA e comunicadas antes dos prazos de entrega consignados no contrato ou documento equivalente, poderão, a critério destas ser isenta total ou parcialmente das sanções.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICIDADE

15.1. A eficácia do presente Contrato de Gestão ou dos aditamentos que impliquem em alteração ou ampliação da execução do objeto descrito neste instrumento, fica condicionada à publicação do respectivo extrato na imprensa oficial, a qual deverá ser providenciada pela administração pública estadual no prazo de até 20 (vinte) dias a contar da respectiva assinatura.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

16.1. Acordam os partícipes, ainda, em estabelecer as seguintes condições:

I. A Secretaria de Estado da Saúde e as organizações sociais deverão dar publicidade e promover a transparência das informações referentes à seleção e à execução das parcerias.

II. As reuniões entre os representantes credenciados pelos partícipes, bem como quaisquer ocorrências que possam ter implicações neste contrato, serão aceitas somente se registradas em ata ou relatórios circunstanciados;



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203604
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35420-DED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

III. Nos sítios eletrônicos da Secretaria de Estado da Saúde e das organizações da sociais, deverão ser divulgados os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria, indicando ainda o endereço eletrônico para os serviços de ouvidoria do Poder Executivo do Estado do Maranhão: www.ouvidorias.ma.gov.br.

IV. O endereço eletrônico para os serviços de ouvidoria do Poder Executivo do Estado do Maranhão, de forma legível, também deverá constar dos materiais impressos com recursos públicos das parcerias.

V. A Secretaria de Estado da Saúde comunicará à STC, para fins de disponibilização no Portal da Transparência, o endereço eletrônico do sítio oficial onde publicarão as informações previstas no inciso III.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS

17.1. Para dirimir eventuais dúvidas e controvérsias decorrentes deste Contrato de Gestão, fica estabelecido a obrigatoriedade de tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

18.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Luís/MA, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

18.2. E, por assim estarem plenamente de acordo, os partícipes obrigam-se ao total e irrenunciável cumprimento dos termos do presente instrumento, o qual lido e achado conforme, foi lavrado em 2 (duas) vias de igual teor e forma, que vão assinadas pelos partícipes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, em Juízo ou fora dele.

São Luís (MA), 29 de setembro de 2020.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ CPF nº: 016.645.313-20

2. Nome: _____ CPF nº: 623656403-00



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203805
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 9% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35421-EAE Consulte em https://www3.tjma.jus.br/selopublico

**1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES**
**PROCESSO Nº 43.536/2021/SES**

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta cidade, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social - OS, inscrita no CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, inscrito no CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado **ADITAR** o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, que tem por objeto o "**gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO**", e em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 7.066, de 03 de fevereiro de 1998, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 31.398, de 09 de dezembro de 2015, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; Portaria nº 1.081, de 13 de dezembro de 2016, e pelos demais normativos aplicáveis, que passa a ter a seguinte redação:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

a) a adequação no custeio regular da unidade de saúde, impactando no material de consumo; material médico hospitalar/medicamentos, serviços terceiros e serviços assistenciais, conforme Parecer Técnico;

b) a repactuação de preço, em razão do Acordo Coletivo de Trabalho entre o Instituto e o Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Maranhão – SINTAEMA, impactando na alteração de todas as linhas das despesas de pagamento de pessoal, conforme Parecer Técnico;

c) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021, estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, que deverá ser pago em 03 (três) parcelas, conforme Anexo I do Plano de Trab



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
090589AA203606
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35422-OCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.
012584

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 050/2021 (fls. 01/02), no Parecer Técnico (fls. 38/41), no Plano de Trabalho proposto (fls. 109/116), no Parecer Jurídico nº 581/2021/SAAJ/SES (fls. 125/128v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 129).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/10/2021**.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR

3.1. As readequações descritas na Cláusula Primeira, alíneas "a" e "b", do presente instrumento, impactarão no acréscimo de **R$ 584.791,29 (quinhentos e oitenta e quatro mil, setecentos e noventa e um reais e vinte e nove centavos)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de R$ 2.694.917,44 (dois milhões, seiscentos e noventa e quatro mil, novecentos e dezessete reais e quarenta e quatro centavos) readequado, passará para **R$ 3.279.708,73 (três milhões, duzentos e setenta e nove mil, setecentos e oito reais e setenta e três centavos).**

## CLÁUSULA QUARTA – DOS VALORES DO ACORDO COLETIVO DE TRABALHO – ACT

4.1. O repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2021 estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho, firmado entre o SINTAEMA e a EMSERH, descrito na Cláusula Primeira, alínea "c", do presente aditivo, será de **R$ 83.858,59 (oitenta e três mil, oitocentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e nove centavos)**, a ser desembolsado em 03 (três) parcelas, conforme ANEXO I do plano de trabalho proposto e de acordo com o quadro abaixo:

| UNIDADE DE SAÚDE | 1ª PARCELA | 2ª PARCELA | 3ª PARCELA |
|---|---|---|---|
| Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO | R$ 27.513,16 | R$ 27.136,26 | R$ 29.209,17 |
| TOTAL DO REPASSE DE SALÁRIOS DE JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO/2021 | R$ 83.858,59 | | |

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÃO | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO) |
| FONTE | 121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |
| NOTAS DE EMPENHO Emitidas em 16/04/2021 | 2021NE002971<br>2021NE002975 |



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203607
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35423-CEC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CONTRATO

**CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

6.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 19 de abril de 2021.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor-Geral
**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ 2. Nome: _____

CPF nº: 224.700.613-61 CPF nº: 623656493-00

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203608
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.

Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOK35424-BOC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES**
**PROCESSO Nº 156.095/2021/SES**

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta cidade, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social - OS, inscrito no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.967-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado, em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Portaria nº 1.081, de 13 de dezembro de 2016, e dos demais normativos aplicáveis, **ADITAR** o Contrato de Gestão nº 02/2020/SES, que tem por objeto o "**gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO**", que passa a ter a seguinte redação:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

a) a prorrogação do prazo de vigência, por um período de 12 (doze) meses, visando a continuidade dos serviços prestados pelo **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**;

b) a readequação do Plano de Trabalho com acréscimo no custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do aumento da despesa com a aquisição de produtos e serviços, impactando nas seguintes linhas de despesa: pagamento de pessoal, material de consumo, serviços de terceiros e serviços assistenciais, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203609
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35425-EDO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 115/2021 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto (fls. 100/107), no Parecer Técnico (fls. 109/111), no Ofício nº 129/2021/DA/HTO/MA (fls. 112/124), no Parecer Jurídico nº 1664/2021/SAAJ/SES (fls. 134/137), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 138).

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O Contrato de Gestão ficará prorrogado por mais **12 (doze) meses**, a contar de **01/10/2021** com término previsto para **01/10/2022**, nos termos da Cláusula Quinta do instrumento original.

**CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR**

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, alínea "b", deste aditivo, impactará no acréscimo de **R$ 235.330,87 (duzentos e trinta e cinco mil, trezentos e trinta reais e oitenta e sete centavos)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de **R$ 3.279.708,73 (três milhões, duzentos e setenta e nove mil, setecentos e oito reais e setenta e três centavos)** readequado, passará para **R$ 3.515.039,60 (três milhões, quinhentos e quinze mil e trinta e nove reais e sessenta centavos).**

3.3. O montante aditivado para 12 (meses) será de **R$ 42.180.475,20 (quarenta e dois milhões, cento e oitenta mil, quatrocentos e setenta e cinco reais e vinte centavos).**

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÃO | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – 02/2020 INVISA) |
| FONTE | 121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |
| NOTA DE EMPENHO Emitida em 23/09/2021 | 2021NE008580 |

4.2. A **CONTRATANTE** terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203610
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,51
Selo: EEOK35426-EEK Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO**

5.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 27 de setembro de 2021.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor-Geral
**CONTRATADO**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Lírios, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EEOK35427-DGC Consulte em https://www.tjrj.jus.br/extrajudicial
090589AA203611

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible] 2. Nome: [illegible]
CPF nº: 224.500.693-60 CPF nº: 623656493-00

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES**
**PROCESSO Nº 213.506/2021/SES**

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**


CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203612
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35428-KEC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta cidade, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social - OS, inscrito no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hemete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado, em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Portaria nº 1.081, de 13 de dezembro de 2016, e dos demais normativos aplicáveis, **ADITAR** o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, que tem por objeto o **"gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO"**, que passa a ter a seguinte redação:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

007548

a) a readequação do Plano de Trabalho com acréscimo no custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do aumento nas linhas de despesas dos serviços de imagem e do serviço de apoio técnico administrativo, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico.

b) Alteração da Cláusula Sexta – REAJUSTE E ALTERAÇÕES do contrato original, prevendo a possibilidade de se promover a alteração do Plano de Trabalho por meio de Termo de Apostilamento, desde que não resulte em alteração do objeto, da vigência ou do valor do contrato, conforme previsto no Parecer Técnico.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 159/2021 (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto (fls. 94/101), no Parecer Técnico (fls. 103/105), no Parecer Jurídico nº 2010/2021/SAAJ/SES (fls. 114/117-v), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 118).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, **01/10/2022**.

## CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, alínea "a", deste aditivo, impactará no acréscimo de **R$ 126.927,70 (cento e vinte e seis mil, novecentos e vinte e sete reais e setenta centavos)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de R$ 3.515.039,60 (três milhões, quinhentos e quinze mil e trinta e nove reais e sessenta centavos) readequado, passará para R$ **3.641.967,30 (três milhões, seiscentos e quarenta e um mil e novecentos e sessenta e sete reais e trinta centavos)**.

3.3. O montante aditivado para 12 (meses) será de **R$ 43.703.607,60 (quarenta e três milhões, setecentos e três mil, seiscentos e sete reais e sessenta centavos)**.

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203613
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE GRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35429-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÃO | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – 02/2020 INVISA) |
| FONTE | 121 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |
| NOTA DE EMPENHO Emitida em 19/11/2021 | 2021NE010804 |

4.2. A **CONTRATANTE** terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.

## CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE E ALTERAÇÕES

5.1. A Cláusula Sexta – DO REAJUSTE E ALTERAÇÕES do contrato original passará a conter a seguinte redação:

5.1.1. O presente Contrato ou o Plano de Trabalho poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

5.1.2. As condições deste Contrato poderão ser revistas a qualquer tempo, de comum acordo, inclusive para a introdução de novas atividades ou para o estabelecimento de novo Quadro de Metas e Indicadores de Desempenho, assim como para modificar o montante dos recursos a serem repassados à **CONTRATADA**, através da celebração de Termo Aditivo.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Nos casos de alterações para adequações e ajustes do Plano de Trabalho, sem a incidência de impacto financeiro no valor contratado, tampouco nos aspectos que configurem alteração no núcleo da finalidade da contratação, o presente instrumento poderá ser alterado através de Termo de Apostilamento.

## CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

6.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203614
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EEOK35430-COJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SÉTIMA– DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 23 de novembro de 2021.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor-Geral
**CONTRATADO**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: [illegible] 2. Nome:

CPF nº: 224.500.683-68 CPF nº: 031.076.283-40

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.

Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35431-OCA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

090589AA203615

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**4º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES**
**PROCESSO Nº 247.105/2021/SES**

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 68312297-5 SSP/MA, CPF nº 912.886.063-20, residente e domiciliado nesta cidade, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social - OS, inscrito no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado, em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dos demais normativos aplicáveis, **ADITAR** o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, que tem por objeto o **"gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO"**, que passa a ter a seguinte redação:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

a) a readequação do Plano de Trabalho com acréscimo no custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do aumento da despesa com combustível e inclusão dos serviços de locação de ambulância UTI e de equipamentos hospitalares, impactando no aumento da despesa com material de consumo, serviços de terceiros e serviço de apoio técnico administrativo, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203616
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35432-BKC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
15784

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 183/2021 SCRS/SAAS (fls. 01/02), no Plano de Trabalho proposto (fls. 99/106), no Parecer Técnico (fls. 108/110), no Parecer Jurídico nº 2211/2021/SAAJ/SES (fls. 119/122), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 123).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, **01/10/2022**.

## CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR MENSAL

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, alínea "a", deste aditivo, impactará no acréscimo de **R$ 54.796,00 (cinquenta e quatro mil, setecentos e noventa e seis reais)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de 3.641.967,30 (três milhões, seiscentos e quarenta e um mil, novecentos e sessenta e sete reais e trinta centavos), readequado, passará para **R$ 3.696.763,30 (três milhões, seiscentos e noventa e seis mil, setecentos e sessenta e três reais e trinta centavos)**.

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** | 21901 |
| **PROGRAMA** | 0596 |
| **AÇÃO** | 4908 |
| **SUBAÇÃO** | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – 02/2020 INVISA) |
| **FONTE** | 121 |
| **NATUREZA DA DESPESA** | 33.90.39.50 |
| **NOTA DE EMPENHO** Emitida em 02/02/2022 | 2022NE000474 |

4.2. A **CONTRATANTE** terá o dever legal e tempestivo de indicar o crédito e respectivo empenho para a cobertura da despesa do exercício financeiro futuro.

## CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

5.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203617
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK 35433-EOD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA SEXTA– DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

6.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

6.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 03 de fevereiro de 2022.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**
Secretário de Estado da Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor-Geral
**CONTRATADO**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: BARROS
CPF nº: 221.500.613-68

2. Nome:
CPF nº: 451.994.343-49

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203618
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.

Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35434-KKE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589A
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35435-ECO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



**5º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES**
**PROCESSO Nº 66.050/2022/SES**

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário Adjunto de Assistência à Saúde, Sr. **CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador da cédula de identidade nº 53.047.784-1 SESP/SP, inscrito no CPF sob o nº 035.564.403-77, residente e domiciliado nesta cidade, conforme Delegação de Competência instituída pela Portaria SES/MA nº 447 de 08 de abril de 2022, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social - OS, inscrito no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado, em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dos demais normativos aplicáveis, **ADITAR** o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, que tem por objeto o **"gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO"**, que passa a ter a seguinte redação:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

a) a readequação do Plano de Trabalho com acréscimo no custeio regular mensal da unidade de saúde, em razão do reajuste do salário mínimo e da repactuação ocasionada pelos efeitos trazidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2022, firmado entre o Instituto e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA), impactando no acréscimo de despesas com pagamento de pessoal e serviço de apoio técnico administrativo, conforme Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43634-FCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA20363

007555



b) ao repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022, referente a adequação dos salários dos enfermeiros aos termos do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT, conforme Anexo I do Plano de Trabalho proposto e Parecer Técnico.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 52/2022 SCRS/SAAS (fls. 01/02), no Acordo Coletivo de Trabalho (fls. 04/08), no Plano de Trabalho proposto (fls. 111/120), no Parecer Técnico (fls. 122/123), no Parecer Jurídico nº 662/2022/SAAJ/SES (fls. 144/148), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 149).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/10/2022**.

## CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR MENSAL

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, alínea "a", deste aditivo, impactará no acréscimo de **R$ 90.864,94 (noventa mil, oitocentos e sessenta e quatro reais e noventa e quatro centavos)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de 3.696.763,30 (três milhões, seiscentos e noventa e seis mil, setecentos e sessenta e três reais e trinta centavos), readequado, passará para **R$ 3.787.628,24 (três milhões, setecentos e oitenta e sete mil, seiscentos e vinte e oito reais e vinte e quatro centavos).**

## CLÁUSULA QUARTA – DO REPASSE SALARIAL

4.1. O repasse da diferença salarial dos meses de janeiro, fevereiro e março/2022 descrito na Cláusula Primeira, alínea "b", deste aditivo, no valor de **R$ 117.575,10 (cento e dezessete mil, quinhentos e setenta e cinco reais e dez centavos)**, será pago, em parcela única, no mês de abril/2022, conforme quadro abaixo.

| UNIDADE DE SAÚDE | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO |
|---|---|---|---|
| Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO | R$ 39.191,70 | R$ 39.191,70 | R$ 39.191,70 |
| TOTAL MENSAL DO REPASSE DE SALÁRIOS JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO | R$ 117.575,10 | | |

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

| | |
|---|---|
| **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** | 21901 |
| **PROGRAMA** | 0596 |
| **AÇÃO** | 4908 |
| **SUBAÇÃO** | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – 02/2020 INVISA) |
| **FONTES** | 0.1.21.000000<br>0.1.08.301000 |
| **NATUREZA DA DESPESA** | 33.90.39.50 |
| **NOTAS DE EMPENHO**<br>Emitidas em 26/04/2022 | 2022NE003102<br>2022NE003107<br>2022NE003108 |

**CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

6.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA SÉTIMA– DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 27 de abril de 2022.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor-Geral
**CONTRATADO**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: RAIRO I
CPF nº: 224.700.613-68

2. Nome:
CPF nº: 025.397.463-22

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leões nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43633-COE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sigeloBR
090589AA203832

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203633
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,93
Selo: EEOL43636-EEO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES
PROCESSO Nº 124227/2022/SES

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário Adjunto de Assistência à Saúde, Sr. **CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador da cédula de identidade nº 53.047.784-1 SESP/SP, inscrito no CPF sob o nº 035.564.403-77, residente e domiciliado nesta cidade, conforme Delegação de Competência instituída pela Portaria SES/MA nº 447 de 08 de abril de 2022, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social - OS, inscrito no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermele Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado, em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dos demais normativos aplicáveis, **ADITAR** o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, que tem por objeto o **"gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO"**, que passa a ter a seguinte redação:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

a) a readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo no custeio do Contrato de Gestão nº 02/2020/SES bem como a inclusão de novas Metas Físicas, em razão da Implantação do Hospital de Traumatologia e Ortopedia- HTO na cidade de Caxias/MA, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho Proposto e no Parecer técnico;

b) repasse de despesa para a aquisição de Mobiliários, Equipamentos e Eletrodomésticos para o Hospital de Traumatologia e Ortopedia- HTO que será implantado na cidade de Caxias/MA, a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA, conforme Anexo II do Plano de trabalho Proposto e do Parecer Técnico.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43637-ECC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203634



**PARÁGRAFO ÚNICO** – O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 52/2022 SCRS/SAAS (fls. 01/02), no Plano de Trabalho Proposto (fls. 119/131), no Parecer Técnico (fls. 133/135), no Parecer Jurídico nº 1170/2022/SAAJ/SES (fls. 146/149), bem como na autorização do Secretário de Estado da Saúde (fl. 150).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir da data de sua assinatura até o final da vigência originária, ou seja, até **01/10/2022**.

## CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR MENSAL

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, alínea "a", deste aditivo, impactará no acréscimo de **R$ 4.882.921,93 (quatro milhões, oitocentos e oitenta e dois mil, novecentos e vinte e um reais e noventa e três centavos)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de R$ 3.787.628,24 (três milhões, selecentos e oitenta e sete mil, seiscentos e vinte e oito reais e vinte e quatro centavos), readequado, passará para **R$ 8.670.550,17 (oito milhões, seiscentos e setenta mil, quinhentos e cinquenta reais e dezessete centavos)**, a ser distribuído conforme quadro abaixo:

| UNIDADE DE SAÚDE | |
|---|---|
| Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – São Luís | R$ 3.787.628,24 |
| Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – Caxias (Anexo I) | R$ 4.882.921,93 |
| TOTAL MENSAL: R$ 8.670.550,17 | |

## CLÁUSULA QUARTA – DA DESPESA

4.1. A Despesa com aquisição de Mobiliário, Equipamentos e Eletrodomésticos para o Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO/Caxias descritos na Cláusula Primeira, item 1.1 alínea "b", deste aditivo, será no valor total de **R$ 923.727,15 (novecentos e vinte e três mil, setecentos e vinte e sete reais e quinze centavos)** será desembolsado em PARCELA ÚNICA.

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | 21901 |
| PROGRAMA | 0596 |
| AÇÃO | 4908 |
| SUBAÇÃO | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – 02/2020 INVISA) |
| FONTES | 121<br>108301000 |
| NATUREZA DA DESPESA | 33.90.39.50 |
| NOTAS DE EMPENHO | 2022NE006068, 2022NE006069 e 2022NE006070. Emitidas em 28/06/2022 |

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

6.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA SÉTIMA– DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 30 de junho de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES
CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
CONTRATANTE

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
BRUNO SOARES RIPARDO
Diretor-Geral
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1. Nome: BARROS
CPF nº: 224.700.617-68

2. Nome: Ana Julia e
CPF nº: 045.820.513-32

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203635
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43638-LLD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**7º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES**
**PROCESSO Nº 181915/2022/SES**

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2020/SES, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DO MARANHÃO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA, PARA FINS QUE SE DECLARAM.**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203636
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo. EEOL43639-ELE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

O **ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, situada na Av. Prof. Carlos Cunha, s/nº, Calhau, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, inscrita no CNPJ nº 02.973.240/0001-06, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Secretário Adjunto de Assistência à Saúde, Sr. **CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador da cédula de identidade nº 53.047.784-1 SESP/SP, inscrito no CPF sob o nº 035.564.403-77, residente e domiciliado nesta cidade, conforme Delegação de Competência instituída pela Portaria SES/MA nº 447 de 08 de abril de 2022, e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social - OS, inscrito no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, CEP: 28.470-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado, na forma de seu estatuto, pelo seu Diretor-Geral, Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, advogado, cédula de identidade nº 206.533.754 DETRAN/RJ, CPF nº 110.695.987-63, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, têm entre si justo e acordado, em observância ao disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, na Lei Estadual nº 10.924, de 4 de setembro de 2018, com aplicação subsidiária da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dos demais normativos aplicáveis, **ADITAR** o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, que tem por objeto o **"gerenciamento de hospital, bem como na operacionalização e execução dos serviços de saúde de média complexidade no Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO"**, que passa a ter a seguinte redação:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Termo é aditivar o **Contrato de Gestão nº 02/2020/SES**, no que se refere:

a) prorrogação do prazo de vigência, por um período de 12 (doze) meses, visando a continuidade dos serviços prestados pela **CONTRATADA**;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fe que a presente cópia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43640-DDE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



b) readequação (acréscimo) do Plano de Trabalho, em razão do da Repactuação de preços ocasionada pelos efeitos trazidos no Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2023, firmado entre o Instituto Vida e Saúde - INVISA e os sindicatos SINTAEMA e SINDSAÚDE, a partir de agosto de 2022, impactando nas linhas de despesas com pagamento de pessoal, conforme estabelecidos no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

c) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio regular mensal da Unidade de Saúde, impactando com as despesas com Pagamento de Pessoal e no Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho, conforme estabelecido no Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

d) readequação do Plano de Trabalho, com acréscimo do custeio do HTO de Caxias, impactando com as despesas com Pagamento de Pessoal e na inclusão do serviço de Locação de Equipamentos Hospitalares, conforme estabelecido no Anexo I do Plano de Trabalho proposto e no Parecer Técnico;

e) repasse da diferença salarial, referente aos meses de fevereiro/2022 a julho/2022, a ser desembolsado em **PARCELA ÚNICA**, referente a adequação dos salários dos auxiliares e técnicos de enfermagem nos termos do Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2023, firmado entre o Instituto Vida e Saúde - INVISA e os sindicatos SINTAEMA e SINDSAÚDE, conforme previsto no ANEXO II do Plano de Trabalho Proposto e no Parecer Técnico;

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O objeto deste Aditivo está em conformidade com o estabelecido na C I nº 149/2022 SCRS/SAAS (fls. 01/02), no Plano de Trabalho Proposto (fls. 153/163), no Parecer Técnico (fls. 165/166), no Parecer Jurídico nº 1817/2022/SAAJ/SES (fls. 176/181), bem como na autorização do Secretário Adjunto de Assistência a Saúde (fl. 182).

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Contrato ficará prorrogado por mais **12 (doze) meses**, com início em **01/10/2022** e término previsto para **01/10/2023**, nos termos da Cláusula Quinta do instrumento originário.

## CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO CUSTEIO REGULAR MENSAL

3.1. A readequação descrita na Cláusula Primeira, alíneas "a", "b", "c" e "d", deste aditivo, impactará no acréscimo de **R$ 75.337,71 (setenta e cinco mil, trezentos e trinta e sete reais e setenta e um centavos)** ao custeio regular mensal da unidade de saúde.

3.2. O valor do custeio mensal de R$ 8.670.550,17 (oito milhões, seiscentos e setenta mil, quinhentos e cinquenta reais e dezessete centavos), readequado, passará para **R$ 8.745.887,88 (oito milhões, setecentos e quarenta e cinco mil, oitocentos e oitenta e sete reais e oitenta e oito centavos)**, a ser distribuído conforme quadro abaixo:

| UNIDADE DE SAÚDE | |
|---|---|
| Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – São Luís | R$ 3.828.674,09 |
| Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – Caxias (Anexo I) | R$ 4.917.213,79 |
| TOTAL MENSAL: R$ 8.745.887,88 | |
| TOTAL GLOBAL: R$ 104.950.654,56 | |

3.3. O montante aditivado para 12 (doze) meses será **de R$ 104.950.654,56 (cento e quatro milhões, novecentos e cinquenta mil, seiscentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta e seis centavos).**

## CLÁUSULA QUARTA – DO REPASSE SALARIAL DO ACORDO COLETIVO

4.1. O repasse da diferença salarial dos meses de fevereiro/2022 a julho/2022, descrito no item "1.1", alínea "d", da Cláusula Primeira do presente instrumento, nos termos do Acordo Coletivo de Trabalho 2022/2023, firmado entre o Instituto Vida e Saúde - INVISA e os sindicatos SINTAEMA e SINDSAÚDE, será no valor total de **R$ 76.670,60 (setenta e seis mil, seiscentos e setenta reais e sessenta centavos)**, a ser desembolsado em PARCELA ÚNICA, conforme quadro abaixo:

| DIFERENÇA ACT | |
|---|---|
| **MESES** | **ANEXO II** |
| Fevereiro/22 | R$ 11.972,35 |
| Março/22 | R$ 11.972,35 |
| Abril/22 | R$ 12.606,64 |
| Maio/22 | R$ 13.003,08 |
| Junho/22 | R$ 13.637,38 |
| Julho/22 | R$ 13.478,80 |
| **TOTAL REPASSE GLOBAL** | **R$ 76.670,60** |

## CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. A despesa decorrente do presente Termo Aditivo, nos termos dos artigos 27 e 30, § 1º, do Decreto Federal nº 93.872/86 e Lei Federal nº 4.320/64, correrá por conta da seguinte dotação orçamentária:

| | |
|---|---|
| **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA** | 21901 |
| **PROGRAMA** | 0596 |
| **AÇÃO** | 4908 |
| **SUBAÇÃO** | 1700 (Gerenciamento – Hospital de Traumatologia e Ortopedia – HTO – 02/2020 INVISA) |
| **FONTES** | 121<br>108301000 |
| **NATUREZA DA DESPESA** | 33.90.39.50 |
| **NOTAS DE EMPENHO**<br>Emitidas em 29/09/2022 | 2022NE009707<br>2022NE009709<br>2022NE009713 |

pestivo de indicar o crédito e respectivo
financeiro futuro.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203638
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43641-EFF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**ESTADO DO MARANHÃO**
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

6.1. A **CONTRATANTE** providenciará, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93, a publicação do extrato do Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA SÉTIMA– DAS DEMAIS CLÁUSULAS**

7.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas contratuais não modificadas pelo presente instrumento.

7.2. E, para a firmeza do que foi pactuado, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e data, sem rasuras, perante a presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem para maior validade jurídica.

São Luís (MA), 29 de setembro de 2022.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES**
**CARLOS VINICIUS QUADROS RIBEIRO**
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
**CONTRATANTE**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**BRUNO SOARES RIPARDO**
Diretor-Geral
**CONTRATADO**

TESTEMUNHAS:

1. Nome: BARROS
CPF nº: 224.500.613-61

2. Nome: Ana Júlia C.
CPF nº: 045.820.513-32

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - CL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43642-OEO Consulte em http://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203539

invisa
instituto
vida e saúde

CCT564

# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS CAPACIDADE GERENCIAL

# EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES

## 2. Comprovação de Gestão de Unidades de Saúde de 12 a 36 meses

1597

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU**

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Atesto, para os devidos fins, que o INVISA- Instituto Vida e Saúde, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, pessoa juridica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, celebrou com este Município Termo de Parceria nº. 001/2014, para a prestação de serviços médicos e de apoio técnico ao Hospital Municipal Dr. Celso Martins no Município de Cachoeiras de Macacu, tendo sido o mesmo executado desde 15 de Janeiro de 2014 em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

Cachoeiras de Macacu/RJ, 01 de Abril de 2015.

**José Marcos de Góis**
**Secretário Municipal de Saúde**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203623
Rua dos Leitões, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43632-OEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selospublico

Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Cachoeiras de Macacu
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**TERMO DE PARCERIA nº 001/2014**

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRAS DE MACACU, E **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, ORIUNDO DO CONCURSO DE PROJETOS N.º 001/2013, PROCESSO ADM. N.º002/2013.

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU**, com sede na Rua Oswaldo Aranha, nº 6 – Campo do Prado - Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.º 29.128.766/0001-38 representada pelo Prefeito Municipal **WALDECY FRAGA MACHADO**, brasileiro, casado, CPF nº 278.831.757-34, residente e domiciliado na Rua Plínio casado nº 312, Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRAS DE MACACU** com sede na Rua Professor Fernando Nunes nº 037 – Centro - Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.º 05.572.405/0001-18 representada pelo Secretário Municipal de Saúde José Marcos de Góis, brasileiro, casado, CPF nº 293.184.834-49, portador de documento de identidade n.º12263584-0, e **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada **PARCEIRO PRIVADO,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.º 05.997.585/0001-80, qualificada como **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP-** conforme consta do Certificado SNJ-MJ n.º 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada na forma de seu estatuto por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº868.424.557-15 e portador de documento de identidade n.º93-1-03907-0 – CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, n.º277, Sobrado, Centro, Itaocara/RJ com fundamento no que dispõem a Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente **TERMO DE PARCERIA**, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210420
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87142-EAH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico



1539

Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Cachoeiras de Macacu
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

## CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade, a prestação de serviços médicos e de apoio técnico ao Hospital Municipal Dr. Celso Martins no Município de Cachoeiras de Macacu, que se realizará, em caráter complementar, por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

**Subcláusula Única** - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

## CLÁUSULA SEGUNDA
DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade à prestação de serviços médicos e de apoio técnico ao Hospital Municipal Dr. Celso Martins no município de Cachoeiras de Macacu, que se realizará, em caráter complementar, por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre a PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA, conforme Plano de Trabalho estabelecido entre as partes, sendo este parte integrante deste TERMO DE PARCERIA.

**Subcláusula Primeira** – A avaliação de desempenho do TERMO DE PARCERIA será realizada pela Comissão de Avaliação, criada para acompanhar a execução do Projeto, através de Relatório de Atividades e dos quantitativos de atendimento prestados à população, de acordo com o Quadro de Metas e Indicadores de Resultados Esperados seguindo os critérios de avaliação de desempenho abaixo:

| Critério de Avaliação | Pontuação |
|---|---|
| 1 – Cumprimento das metas e resultados propostos no Plano Operacional | 50 |
| | 35 |
| | 20 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210421
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEQP87143-HDH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1590

| | |
|---|---|
| 2 – Entrega no prazo dos Relatórios de Prestação de Contas e respectivos documentos | 25 |
| | 15 |
| | 5 |
| 3 – Qualidade dos serviços prestados de acordo com o processo de avaliação dos serviços adotados pela entidade | 25 |
| | 15 |
| | 5 |

**Subcláusula Segunda** – O repasse financeiro a OSCIP obedecerá aos seguintes critérios de acordo com a avaliação recebida pela Comissão de Avaliação:

| **Pontuação obtida na avaliação** | **% de valor retido no Repasse Financeiro** |
|---|---|
| De 90 a 100 pontos | 0% |
| De 80 a 89 pontos | 3% |
| De 60 a 79 pontos | 5% |
| De 40 a 59 pontos | 7% |
| De 0 a 39 pontos | 10% |

## CLÁUSULA TERCEIRA
## DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Da **OSCIP**

a- executar, conforme aprovado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210422
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87144-PDP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

b– observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do **PARCEIRO PÚBLICO**, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4°, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;

d- promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa oficial do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

e – publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

f – indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

g – movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

II - Do **PARCEIRO PÚBLICO**

a – acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b – indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c – repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta.

d – publicar no Diário Oficial (União/Estado/Município) extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de Trinta dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto n.° 3.100, de 30 de junho de 1999;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210423
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87145-PEQ Consulte em https://www.3rtj.jus.br/republico

e - criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois representantes do **PARCEIRO PÚBLICO,** um da **OSCIP** e um do Conselho de Política Pública (quando houver o Conselho de Política Pública);

f – prestar o apoio necessário à **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

g - fornecer todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação à este TERMO DE PARCERIA, nos termos do art. 17 do Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999;

h – fornecer espaço físico para realização de todas as ações que assim necessitem, bem como material, medicamento, instrumentos e equipamentos que se fizerem necessários para realização das ações.

## CLÁUSULA QUARTA
## DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA:

I - O presente Projeto tem o custo estimado global de R$ 17.957.674,80 (dezessete milhões novecentos e cinquenta e sete mil seiscentos e setenta e quatro reais e oitenta centavos), conforme detalhamento de despesa abaixo.

O cronograma de desembolso estimado seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 15/02/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$ 1.496.472,90 |
| 02 | 15/03/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$ 2.992.945,80 |
| 03 | 15/04/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$ 4.489.418,70 |
| 04 | 15/05/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$5.985.891,60 |
| 05 | 15/06/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$7.482.364,50 |
| 06 | 15/07/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$8.978.837,40 |
| 07 | 15/08/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$10.475.310,30 |
| 08 | 15/09/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$11.971.783,20 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210424
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87146-AFQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

| | | | |
|---|---|---|---|
| 09 | 15/10/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$13.468.256,10 |
| 10 | 15/11/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$14.964.729,00 |
| 11 | 15/12/2014 | R$ 1.496.472,90 | R$16.461.201,90 |
| 12 | 15/01/2015 | R$ 1.496.472,90 | R$17.957.674,80 |

**Subcláusula Primeira** – O **PARCEIRO PÚBLICO,** no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos **PARCEIROS**, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Subcláusula Segunda** – Os recursos repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

**Subcláusula Terceira** – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma estabelecido no *caput* desta Cláusula, a **OSCIP** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, tendo reconhecidas as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Programa de Trabalho.

**Subcláusula Quarta** – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

**Subcláusula Quinta** – As despesas ocorrerão à conta do orçamento vigente, do Fundo Municipal de Saúde de Cachoeiras de Macacu. As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos a serem indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no *caput* desta Cláusula.

**Subcláusula Sexta** – A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210425
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87147-HAE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

imediatamente anterior a última liberação, mediante apresentação dos documentos constantes dos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

**CLÁUSULA QUINTA**
DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **OSCIP** elaborará e apresentará ao **PARCEIRO PÚBLICO** prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) **ou** até 28 de fevereiro do exercício subseqüente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do **PARCEIRO PÚBLICO.**

**Subcláusula Primeira** – A **OSCIP** deverá entregar ao **PARCEIRO PÚBLICO** a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP** e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Município, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV - parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA ( apenas para os casos em que o montante for maior ou igual a R$ 600.000,00 - seiscentos mil reais);

**Subcláusula Segunda** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II da Subcláusula anterior deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria **OSCIP**.

**Subcláusula Terceira** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela **OSCIP**, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210426
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO CUNHA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87148-GEQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

## CLÁUSULA SEXTA
## DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira.

**Subcláusula Única** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao **PARCEIRO PÚBLICO**, até 60 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA SÉTIMA
## DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura.

**Subcláusula Primeira** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na apresentação de Programa de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Subcláusula Segunda** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplemento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

**Subcláusula Terceira** – Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto à **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

**Subcláusula Quarta** – Nas situações previstas nas Subcláusulas anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.

## CLÁUSULA OITAVA
## DA RESCISÃO

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210427
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87149-DAI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA com prazo mínimo de sessenta dias de antecedência; e

II – unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a **OSCIP** perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

## CLÁUSULA NONA
DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

## CLÁUSULA DÉCIMA
DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Cachoeiras de Macacu/RJ para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Cachoeiras de Macacu, 15 de janeiro de 2014.

José Marcos de Góis
SECRETÁRIO MUNICIPAL
DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
GESTOR DO F.M.S.

**PARCEIRO PÚBLICO**
WALDECY FRAGA MACHADO
Prefeito Municipal
de Cachoeiras de Macacu

**PARCEIRO PÚBLICO**
JOSÉ MARCOS DE GÓIS
Secretário Municipal de Saúde
de Cachoeiras de Macacu

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210428
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO LEITE
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87150-EPE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**OSCIP – PARCEIRO PRIVADO**
**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**CNPJ: 05.997.585/0001-80**

**TESTEMUNHAS:**

NOME: MARCIO JARDEL PALMA DA SILVA
ENDEREÇO: RJ 116 Km 39 - COND. BLUE SKY CACHOEIRAS DE MACACU - RJ
CPF N.º 168.566.317-15

NOME: Fernando Dias Rocha
ENDEREÇO: R. Isidio Dias Pereira - Centro - Aperibé - RJ
CPF N.º 119.497.457-08


CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210429
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 1% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87151-PEA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

PROCESSO 26914/14
RUBRICA
TERMO PÚBLICO
FL. 127
RJ

93

# TERMO ADITIVO N°046/2014.

Considerando a necessidade de adequação de cláusulas constantes do Termo de Parceria n.° 001/2014, tendo em vista a edição da Lei Estadual n.° 6.702/2014, que prevê reajuste de pisos salariais em âmbito Estadual para diversas categorias profissionais, abrangendo algumas ligadas a execução do presente Termo de parceria.

Considerando o Princípio básico da Administração que visa a manutenção das condições garantidoras do equilíbrio econômico e financeiro na execução das contratações.

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA DE N°. 001/2014, QUE ENTRE SI FAZEM, A PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FMS E INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE, NA FORMA ABAIXO.**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU**, com sede na Rua Oswaldo Aranha, n° 6 - Campo do Prado - Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.° 29.128.766/0001-38 representada pelo Prefeito Municipal **WALDECY FRAGA MACHADO**, brasileiro, casado, CPF n° 278.831.757-34, residente e domiciliado na Rua Plínio casado n° 312, Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRAS DE MACACU** com sede na Rua Professor Fernando Nunes n° 037 - Centro - Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.° 05.572.405/0001-18 representada pelo Secretário Municipal de Saúde José Marcos de Góis, brasileiro, casado, CPF n° 293.184.834-49, portador de documento de identidade n.°12263584-0, e **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.° 05.997.585/0001-80, qualificada como **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP**- conforme consta do Certificado SNJ-MJ n.° 08026.000791/2003-42,



CARTÓRIO DO 2° OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210431
Rua dos Leites, n° 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 14,91
Selo: EEQP87153-EQA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007577

FLS. Nº 42

RUBRICA

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO PÚBLICO
FL. 129
RJ

expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada na forma de seu estatuto, por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº868.424.557-15 e portador de documento de identidade n.º93-1-03907-0 - CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, n.º277, Sobrado, Centro, Itaocara/RJ com fundamento no que dispõem a Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999, processo administrativo n.º0369/2014, para constar a seguinte alteração:

**I - DA ALTERAÇÃO:**
Ficam alteradas pelo presente Termo a Cláusula Primeira, subcláusula única, alínea "b", c/c cláusula quarta.

**I - DO VALOR:**
O valor total do presente **TERMO ADITIVO** será de R$403.310,76 (quatrocentos e três mil trezentos e dez reais e setenta e seis centavos), sendo 06 parcelas de R$67.218,46 ( sessenta e sete mil, duzentos e dezoito reais e quarenta e seis centavos)

**III - DO PRAZO:**
O prazo de execução do presente **TERMO ADITIVO** acompanhará os vencimentos do Termo de Parceria 001/2014, a partir da assinatura do presente instrumento.

**IV - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

A despesa resultante deste instrumento correrá à conta da dotação orçamentária consignada na seguinte classificação:

50.03.2.074.3.3.90.39.01.0004

**V - DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**

As demais cláusulas do **TERMO DE PARCERIA**, ora aditado, permanecem em vigor.

www.cachoeirasdemacacu.rj.gov.br

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210432
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87154-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1600

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

007578

MINISTÉRIO PÚBLICO FL. 430 RJ
PROC. nº 03
FLS. Nº 43
RUBRICA - MAT.

45

Cachoeiras de Macacu, 01 de Julho de 2014.

**PARCEIRO PÚBLICO**
WALDECY FRAGA MACHADO
Prefeito Municipal
de Cachoeiras de Macacu

**PARCEIRO PÚBLICO**
JOSÉ MARCOS DE GÓIS
Secretário Municipal de Saúde
de Cachoeiras de Macacu

**OSCIP – PARCEIRO PRIVADO**
**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**CNPJ: 05.997.585/0001-80**

Testemunhas:

Nome: HELIO ARAUJO LOPES FILHO
End.: R. Nicomedes Arruda, 13
C.I.: 4162756-3 IFP
CPF: 483310237-49

Nome: Rosa Kelly R. Queiroz
End.: Cach. Macacu
C.I.: 122.120.34-8
CPF: 121.121.127-70

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210433
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87155-EPP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

0079

# TERMO ADITIVO N°002/2015.

Considerando a necessidade de prorrogação do prazo da prestação dos serviços desenvolvidos pela OSCIP, em virtude de sua natureza essencial e o risco na ruptura da continuidade.

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA DE N°. 001/2014, QUE ENTRE SI FAZEM, A PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FMS E INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE, NA FORMA ABAIXO.**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU**, com sede na Rua Oswaldo Aranha, n° 6 – Campo do Prado – Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.° 29.128.766/0001-38 representada pelo Prefeito Municipal **WALDECY FRAGA MACHADO**, brasileiro, casado, CPF n° 278.831.757-34, residente e domiciliado na Rua Plínio casado n° 312, Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRAS DE MACACU** com sede na Rua Professor Fernando Nunes n° 037 – Centro – Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.° 05.572.405/0001-18 representada pelo Secretário Municipal de Saúde José Marcos de Góis, brasileiro, casado, CPF n° 293.184.834-49, portador de documento de identidade n.°12263584-0, e **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.° 05.997.585/0001-80, qualificada como **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP-** conforme consta do

CARTÓRIO DO 2° OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, n° 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210434
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87156-HEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

Certificado SNJ-MJ n.° 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada na forma de seu estatuto por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o n°868.424.557-15 e portador de documento de identidade n.°93-1-03907-0 - CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, n.°277, Sobrado, Centro, Itaocara/RJ com fundamento no que dispõem a Lei n.° 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto n.° 3.100, de 30 de junho de 1999, processo administrativo n.°1785/2014, para constar a seguinte alteração:

**I - DA ALTERAÇÃO:**
Fica o prazo inicialmente contratado prorrogado por igual período, prevalecendo as demais cláusulas pactuadas anteriormente.

**II - DO VALOR:**
O valor total do presente **TERMO ADITIVO** será de R$18.360.985,56 (dezoito milhões trezentos e sessenta mil novecentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e seis centavos).

**III - DO PRAZO:**
O prazo de execução do presente **TERMO ADITIVO** será de 12 (doze) meses a partir da assinatura do presente.

**IV - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

A despesa resultante deste instrumento correrá à conta da dotação orçamentária consignada na seguinte classificação para o exercício de 2015:

**50.03.2.074.3.3.90.39.01.0004**

**V - DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**

As demais cláusulas do **TERMO DE PARCERIA 001/2014**, ora aditado, permanecendo em vigor.



CARTÓRIO DO 2° OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210435
Rua dos Leites, n° 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO SIQUEIRA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87157-QGE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

E, por estarem acordados, assinam o presente **TERMO ADITIVO,** em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Cachoeiras de Macacu, 13 de janeiro de 2015.

José Marcos de Góis
SECRETÁRIO MUNICIPAL
DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
GESTOR DO F.M.S.

**PARCEIRO PÚBLICO**
WALDECY FRAGA MACHADO
Prefeito Municipal
de Cachoeiras de Macacu

**PARCEIRO PÚBLICO**
JOSÉ MARCOS DE GÓIS
Secretário Municipal de Saúde
de Cachoeiras de Macacu

**OSCIP – PARCEIRO PRIVADO**
**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**CNPJ: 05.997.585/0001-80**

**Testemunhas:**

Nome:
End.:
C.I.:
CPF:

Nome:
End.:
C.I.:
CPF:

www.cachoeiras.rj.gov.br
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTONIO DE PÁDUA 090589AA210436
Rua dos Leites, nº 49 - Sala 123 - Cel. Pot do Sul - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87158-HGP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1604

# TERMO ADITIVO N°001/2016.

Considerando a necessidade de prorrogação do prazo da prestação dos serviços desenvolvidos pela OSCIP, em virtude de sua natureza essencial e o risco na ruptura da continuidade.

**TERCEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA DE N°. 001/2014, QUE ENTRE SI FAZEM, A PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FMS E INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE, NA FORMA ABAIXO.**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRAS DE MACACU**, com sede na Rua Oswaldo Aranha, n° 6 - Campo do Prado - Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.° 29.128.766/0001-38 representada pelo Prefeito Municipal **WALDECY FRAGA MACHADO**, brasileiro, casado, CPF n° 278.831.757-34, residente e domiciliado na Rua Plínio casado n° 312, Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRAS DE MACACU** com sede na Rua Professor Fernando Nunes n° 037 - Centro - Cachoeiras de Macacu, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.° 05.572.405/0001-18 representada pelo Secretário Municipal de Saúde José Marcos de Góis, brasileiro, casado, CPF n° 293.184.834-49, portador de documento de identidade n.°12263584-0, e **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, doravante denominada **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.° 05.997.585/0001-80, qualificada como **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP-** conforme consta do Certificado SNJ-MJ n.° 08026.000791/2003-42, expedido pelo Ministério da Justiça, neste ato representada na

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210437
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEQP87159-IIH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

forma de seu estatuto por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o n°868.424.557-15 e portador de documento de identidade n.°93-1-03907-0 - CREA/RJ, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, n.°277, Sobrado, Centro, Itaocara/RJ com fundamento no que dispõem a Lei n.° 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto n.° 3.100, de 30 de junho de 1999, processo administrativo n.°1714/2015, para constar a seguinte alteração:

**I - DA ALTERAÇÃO:**
Fica o prazo inicialmente contratado prorrogado por igual período, prevalecendo as demais cláusulas pactuadas anteriormente.

**II - DO VALOR:**
O valor total do presente **TERMO ADITIVO** será de R$18.360.985,56(dezoito milhões trezentos e sessenta mil novecentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e seis centavos).

**III - DO PRAZO:**
O prazo de execução do presente **TERMO ADITIVO** será de 12 (doze) meses a partir da assinatura do presente.

**IV - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

A despesa resultante deste instrumento correrá à conta da dotação orçamentária consignada na seguinte classificação para o exercício de 2016:

**50.03.2.074.3.3.90.39.01.00004**

**V - DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**

As demais cláusulas do **TERMO DE PARCERIA 001/2014**, ora aditado, permanecendo em vigor.



CARTÓRIO DO 2° OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210438
Rua dos Leites, n° 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO TIMA... SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87160-PGG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

07784

E, por estarem acordados, assinam o presente **TERMO ADITIVO**, em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Cachoeiras de Macacu, 13 de janeiro de 2016.

José Marcos de Góis
SECRETÁRIO MUNICIPAL
SAÚDE E DEFESA CIVIL
GESTOR DO F.M.S.

**PARCEIRO PÚBLICO**
WALDECY FRAGA MACHADO
Prefeito Municipal
de Cachoeiras de Macacu

**PARCEIRO PÚBLICO**
JOSÉ MARCOS DE GÓIS
Secretário Municipal de Saúde
de Cachoeiras de Macacu

**OSCIP – PARCEIRO PRIVADO**
**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
**CNPJ: 05.997.585/0001-80**

**Testemunhas:**

Nome:
End.:
C.I.:
CPF:

Nome:
End.:
C.I.:
CPF:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210439
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87161-AFQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1607

INVISA

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# TERMO DE PARCERIA

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, com sede na Rua Alice Monção, 13 a 25, Bairro Cachoeiro, Cardoso Moreira, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.º 39.228.739/0001-90, representada pelo Prefeito Municipal RENATO JACINTO DA SILVA, brasileiro, casado, CPF nº 302.160.367-04, residente e domiciliado na Rua Vicente Maiolino, n.º 82, Centro, Cardoso Moreira, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado PARCEIRO PÚBLICO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Avenida Getúlio Vargas, 99, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominada **OSCIP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, neste ato representada na forma de seu estatuto por DENNER ORNELLAS CORTAT, brasileiro, casado, CPF nº 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277 Sobrado, Centro, Itaocara, Estado do Rio de Janeiro, com fundamento no que dispõem a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

## CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade, implantar e manter a Gestão Hospitalar no Município de Cardoso Moreira, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210392
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87114-PEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**Subcláusula Única** - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

## CLÁUSULA SEGUNDA
DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O presente PROGRAMA DE TRABALHO tem por objeto e finalidade, implantar e manter a Gestão do Hospital Municipal do município de Cardoso Moreira, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre a Prefeitura Municipal de Cardoso Moreira, através da Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Vida e Saúde – INVISA conforme Art. 9° da Lei 9790/99.

I - JUSTIFICATIVA

Considerando o grande número de pessoas necessitadas de atendimento médico de urgência e a distância dos centros de referência da região, e principalmente pela dependência da população à Rede Pública de Saúde, tanto da área urbana quanto na área rural, possibilitando assim um atendimento básico de saúde.

Além de contar com a carência de profissionais na região, e a necessidade de um atendimento de menor custo, fazendo valer a todos o direito à saúde, complementando as ações de saúde que visam o atendimento à toda população do município de Cardoso Moreira.

II – META

Manter em perfeito funcionamento em acordo com as especificações técnicas do Ministério da Saúde o Hospital Municipal José Salgueiro, atendendo a todos os munícipes. Além de manter estrutura administrativa para controle de recursos humanos e financeiros das

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210394
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87116-AHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

ações pactuadas.

**III** - OBJETIVOS

- Efetuar atendimento de urgência médica e internações;
- Realizar a limpeza e curativo de lesões aos pacientes que chegarem ao hospital;
- Realizar remoção dos pacientes;
- Realizar internações, atendendo de maneira digna os pacientes com acesso aos serviços médicos, curativos e medicamentosos;
- Alimentar os sistemas de informação do MS.

**IV** - ESTRUTURA METODOLÓGICA

A execução do programa de trabalho será realizada no Hospital Municipal de Cardoso Moreira.

A equipe trabalhará em sistema de plantão diário, disponibilizando assim atendimento dioturno aos munícipes, encaminhando os casos mais complexos aos centros de referência da região

A equipe de atendimento hospitalar será composta pelos seguintes profissionais: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem, Auxiliares de Serviços Gerais, Auxiliar de Serviço Administrativo e Coordenador que ficarão responsáveis pela execução do referido projeto.

**V** - AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através da Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, através do quantitativo de atendimento e qualidade dos serviços prestados à população, de acordo com as pactuações formalizadas junto à Secretaria de Estado de Saúde e/ou Ministério da Saúde.

**VI** - PREVISÃO DE RECEITA

Em se tratando de atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde, não haverá cobrança ao munícipe pelo atendimento, para tanto restando apenas o recebimento dos valores inerentes do repasse do PARCEIRO PÚBLICO ao INVISA.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210395
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87117-GGA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**VII** - PREVISÃO DE DESPESA

**Custo Mensal**: R$ 26.358,65 (vinte e seis mil trezentos e cinquenta e oito reais e sessenta e cinco centavos).

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

## CLÁUSULA TERCEIRA
DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Da **OSCIP**

a- executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

b– observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;

d- promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa oficial do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

e – publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210396
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87118-AEA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

f – indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

g – movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

II - Do PARCEIRO PÚBLICO

a – acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b – indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c – repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta.

d – publicar no Diário Oficial (União/Estado/Município) extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de Trinta dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

e - criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois representantes do PARCEIRO PÚBLICO, um da **OSCIP** e um do Conselho de Política Pública (quando houver o Conselho de Política Pública);

f – prestar o apoio necessário à **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

g - fornecer todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação à este TERMO DE PARCERIA, nos termos do art. 17 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

h – fornecer espaço físico para realização de todas as ações que assim necessitem, bem como material, medicamento, instrumentos e equipamentos que se fizerem necessários para realização das ações.

**CLÁUSULA QUARTA**
DOS RECURSOS FINANCEIROS

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210397
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87119-IAQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA:

I - O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 316.303,80 (trezentos e dezesseis mil trezentos e três reais e oitenta centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 12 (doze) parcelas mensais, sendo estas de R$ 26.358,65 (vinte e seis mil trezentos e cinquenta e oito reais e sessenta e cinco centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 26.358,65 | R$ 26.358,65 |
| 02 | 01/02/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 52.717,30 |
| 03 | 01/03/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 79.075,95 |
| 04 | 01/04/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 105.434,60 |
| 05 | 01/05/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 131.793,25 |
| 06 | 01/06/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 158.151,90 |
| 07 | 01/07/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 184.510,55 |
| 08 | 01/08/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 210.869,20 |
| 09 | 01/09/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 237.227,85 |
| 10 | 01/10/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 263.586,50 |
| 11 | 01/11/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 289.945,15 |
| 12 | 01/12/2005 | R$ 26.358,65 | R$ 316.303,80 |

**Subcláusula Primeira** – O PARCEIRO PÚBLICO, no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos **PARCEIROS**, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Subcláusula Segunda** – Os recursos repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO à **OSCIP**, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210398
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87120-JEA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**Subcláusula Terceira** – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma estabelecido no *caput* desta Cláusula, a **OSCIP** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO, tendo reconhecidas as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Programa de Trabalho.

**Subcláusula Quarta** – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

**Subcláusula Quinta** – As despesas ocorrerão à conta do orçamento vigente, do Fundo Municipal de Saúde de Cardoso Moreira. As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos serem indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no *caput* desta Cláusula.

**Subcláusula Sexta** – A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela imediatamente anterior a última liberação, mediante apresentação dos documentos constantes dos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

## CLÁUSULA QUINTA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **OSCIP** elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) **ou** até 28 de fevereiro do exercício subseqüente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO.

**Subcláusula Primeira** – A **OSCIP** deverá entregar ao PARCEIRO PÚBLICO a Prestação

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210399
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87121-PBA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

de Contas instruída com os seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP** e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Município, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV - parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA ( apenas para os casos em que o montante for maior ou igual a R$ 600.000,00 - seiscentos mil reais);

**Subcláusula Segunda** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II da Subcláusula anterior deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria **OSCIP**.

**Subcláusula Terceira** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela **OSCIP**, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

## CLÁUSULA SEXTA
DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira.

**Subcláusula Única** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao PARCEIRO PÚBLICO, até 60 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210400
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87122-EAB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**CLÁUSULA SÉTIMA**
DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura.

**Subcláusula Primeira** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na apresentação de Programa de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Subcláusula Segunda** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplemento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

**Subcláusula Terceira** – Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto à **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

**Subcláusula Quarta** – Nas situações previstas nas Subcláusulas anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.

**CLÁUSULA OITAVA**
DA RESCISÃO

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA com prazo mínimo de sessenta dias de antecedência; e

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210401
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIAS ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87123-BGC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

II – unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a **OSCIP** perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

**CLÁUSULA NONA**
DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

**CLÁUSULA DÉCIMA**
DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Santo Antônio de Pádua, 03 de Janeiro de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

**TESTEMUNHAS:**

NOME:
ENDEREÇO:
CPF N.º:

NOME:
ENDEREÇO:
CPF N.º:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210402
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 JANICA ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87124-GEA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# PRIMEIRO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210403
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIA
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES BARIA - ESCREVENTE.
20% R$. 1,48 - 5% R$. 0,37 - 5% R$. 0,37 - 4% R$. 0,29 Total R$. 12,91
Selo: EEQP87125-EEP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL JOSÉ SALGUEIRO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Quarta – Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ SALGUEIRO, para melhor adequação.

A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 432.379,53 (quatrocentos e trinta e dois mil trezentos e setenta e nove reais e cinqüenta e três centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 11 (onze) parcelas mensais, sendo estas de R$ 39.307,23 (trinta e nove mil trezentos e sete reais e vinte e três centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/02/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 39.307,23 |
| 02 | 01/03/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 78.614,46 |
| 03 | 01/04/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 117.921,69 |
| 04 | 01/05/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 157.228,92 |
| 05 | 01/06/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 196.536,15 |
| 06 | 01/07/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 235.843,38 |
| 07 | 01/08/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 275.150,61 |
| 08 | 01/09/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 314.457,84 |
| 09 | 01/10/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 353.765,07 |
| 10 | 01/11/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 393.072,30 |
| 11 | 01/12/2005 | R$ 39.307,23 | R$ 432.379,53 |

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de fevereiro de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210404
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEQP87126-PEE Consulte em https://www4.tjrj.jus.br/sitepublico

1619

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# SEGUNDO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210405
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87127-GEP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

SEGUNDO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL JOSÉ SALGUEIRO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Quarta – Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ SALGUEIRO, para melhor adequação.

A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 577.785,40 (quinhentos e setenta e sete mil setecentos e oitenta e cinco reais e quarenta centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 10 (dez) parcelas mensais, sendo estas de R$ 57.778,54 (cinqüenta e sete mil setecentos e setenta e oito reais e cinqüenta e quatro centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/03/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 57.778,54 |
| 02 | 01/04/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 115.557,08 |
| 03 | 01/05/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 173.335,62 |
| 04 | 01/06/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 231.114,16 |
| 05 | 01/07/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 288.892,70 |
| 06 | 01/08/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 346.671,24 |
| 07 | 01/09/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 404.449,78 |
| 08 | 01/10/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 462.228,32 |
| 09 | 01/11/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 520.006,86 |
| 10 | 01/12/2005 | R$ 57.778,54 | R$ 577.785,40 |

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Março de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210406
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)3858-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES PARA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87128-PHH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

EM BRANCO

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# TERCEIRO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3858-4140
090589AA210407
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87129-PPI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

TERCEIRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL JOSÉ SALGUEIRO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Quarta – Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ SALGUEIRO, para melhor adequação.

A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 482.143,50 (quatrocentos e oitenta e dois mil cento e quarenta e três reais e cinqüenta centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 09 (nove) parcelas mensais, sendo estas de R$ 53.571,50 (cinqüenta e três mil quinhentos e setenta e um reais e cinqüenta centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/04/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 53.571,50 |
| 02 | 01/05/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 107.143,00 |
| 03 | 01/06/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 160.714,50 |
| 04 | 01/07/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 214.286,00 |
| 05 | 01/08/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 267.857,50 |
| 06 | 01/09/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 321.429,00 |
| 07 | 01/10/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 375.000,50 |
| 08 | 01/11/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 428.572,00 |
| 09 | 01/12/2005 | R$ 53.571,50 | R$ 482.143,50 |

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

007600

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestação de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Abril de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**


CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 38534140
090589AA210408
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87130-EEJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selorepublico

EM BRANCO

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# QUARTO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

QUATRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL JOSÉ SALGUEIRO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Quarta – Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ SALGUEIRO, para melhor adequação.

A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 424.935,44(quatrocentos e vinte e quatro mil novecentos e trinta e cinco reais e quarenta e quatro centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 08 (oito) parcelas mensais, sendo estas de R$ 53.116,93(cinqüenta e três mil cento e dezesseis reais e noventa e três centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/05/2005 | R$ 53.116,93 | R$ 53.116,93 |
| 02 | 01/06/2005 | R$ 53.116,93 | R$ 106.233,86 |
| 03 | 01/07/2005 | R$ 53.116,93 | R$ 159.350,79 |
| 04 | 01/08/2005 | R$ 53.116,93 | R$ 212.467,72 |
| 05 | 01/09/2005 | R$ 53.116,93 | R$ 265.584,65 |
| 06 | 01/10/2005 | R$ 53. 116,93 | R$ 318.701,58 |
| 07 | 01/11/2005 | R$ 53.116,93 | R$ 371.818,51 |
| 08 | 01/12/2005 | R$ 53. 116,93 | R$ 424.935,44 |

**CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210409
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES PARA ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87131-AHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestação de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Maio de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
0905B9AA210410
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. (Isento) FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87132-GHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

EM BRANCO

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

007603

# QUINTO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

QUINTO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL JOSÉ SALGUEIRO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Segunda, Inciso III e Quarta, respectivamente, – DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS e Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ SALGUEIRO, para melhor adequação.

A Cláusulas Segunda Inciso III e a Quarta aditadas ficam alteradas, respectivamente, nos seguintes termos:

OBJETIVOS

- Efetuar atendimento de ambulatório médico em clínica geral e especializada aos Munícipes de Cardoso Moreira.

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 427.315,07 (quatrocentos e vinte e sete mil trezentos e quinze reais e sete centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 07 (sete) parcelas mensais, sendo estas de R$ 61.045,01 (sessenta e um mil quarenta e cinco reais e um centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090588AA210411
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES MARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 - Total R$: 12,91
Selo: EEQP87133-CAC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/06/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 61.045,01 |
| 02 | 01/07/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 122.090,01 |
| 03 | 01/08/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 183.135,03 |
| 04 | 01/09/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 244.180,04 |
| 05 | 01/10/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 305.225,05 |
| 06 | 01/11/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 366.270,06 |
| 07 | 01/12/2005 | R$ 61.045,01 | R$ 427.315,07 |

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestação de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Junho de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210412
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIA
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87134-QQP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1627

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

007605

INVISA

# SEXTO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210413
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES PARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87135-EAA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

QUINTO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL JOSÉ SALGUEIRO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARDOSO MOREIRA E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Segunda, Inciso III e Quarta, respectivamente, – DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS e Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ SALGUEIRO, para melhor adequação.

A Cláusulas Segunda Inciso III e a Quarta aditadas ficam alteradas, respectivamente, nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ R$ 100.676,88 (cem mil, seiscentos e setenta e seis reais e oitenta e oito centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 02 (duas) parcelas mensais, sendo estas de R$ 50.338,44 (cinqüenta mil trezentos e trinta e oito reais e quarenta e quatro centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/11/2005 | R$ 50.338,44 | R$ 50.338,44 |
| 02 | 01/12/2005 | R$ 50.338,44 | R$ 100.676,88 |

1

1628

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42



## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestação de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Novembro de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210414
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA.
ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87136-EEG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

EM BRANCO



1629

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

0076607

# SÉTIMO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

SÉTIMO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO AO TERMO DE PARCERIA DA GESTÃO ATENDIMENTO HOSPITALAR QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO tem por objeto ALTERAR e PRORROGAR as Cláusulas: **Segunda** - DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS, **Quarta** – DOS RECURSOS FINANCEIROS e **Sétima** – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO do Termo de Parceria da Gestão do Programa Hospitalar, respectivamente, para melhor adequação e melhor cumprir as metas estabelecidas no Programa de Trabalho. Cumpre ressaltar que os valores de repasse relacionados no presente Termo Aditivo que altera o Termo de Parceria original refere-se apenas ao ano de 2006; com relação ao ano de 2005 todas as cláusulas daquele Termo de Parceria ficam inalteradas e vigendo até o sexto Termo Aditivo.

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesa fica alterada nos seguintes termos:

**PREVISÃO DE DESPESA**

| DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 541.094,62 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 328.859,16 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 113.357,78 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 98.877,68 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 62.966,66 |
| | TOTAL | **R$** 604.061,28 |

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 604.061,28 (seiscentos e

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210415
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87137-AHQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

quatro mil, sessenta e um reais e vinte e oito centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do presente Termo Aditivo | R$ 50.338,44 | R$ 50.338,44 |
| 02 | 01/02/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 100.676,88 |
| 03 | 01/03/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 151.015,32 |
| 04 | 01/04/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 201.353,76 |
| 05 | 01/05/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 251.692,20 |
| 06 | 01/06/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 302.030,64 |
| 07 | 01/07/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 352.369,08 |
| 08 | 01/08/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 402.707,52 |
| 09 | 01/09/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 453.045,96 |
| 10 | 01/10/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 503.384,40 |
| 11 | 01/11/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 553.722,84 |
| 12 | 01/12/2006 | R$ 50.338,44 | R$ 604.061,28 |

As Sub-cláusulas supra mencionadas não sofrerão qualquer alteração.

**III** - A Cláusula Sétima aditada fica alterada nos seguintes termos:

O presente TERMO ADITIVO entra em vigor na data de sua assinatura PRORROGANDO o Termo de Parceria por mais 12 (doze) meses.

As Sub-cláusulas supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 02 de Janeiro de 2006.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210416
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA. ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,28 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87138-QCH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# OITAVO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

OITAVO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO AO TERMO DE PARCERIA DA GESTÃO ATENDIMENTO HOSPITALAR QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 89 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA210417
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIA
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEQP87139-ACQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR as Cláusulas: **Segunda** - DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS e **Quarta** – DOS RECURSOS FINANCEIROS do Termo de Parceria da Gestão do Programa Hospitalar, para melhor adequação e melhor cumprir as metas estabelecidas no Programa de Trabalho.

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesa fica alterada nos seguintes termos:

**PREVISÃO DE DESPESA**

| DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 343.614,39 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 212.047,01 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 69.576,89 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 61.990,49 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 39.516,89 |
| | TOTAL | **R$** 383.131,28 |

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 383.131,28 (Trezentos e oitenta e três mil, cento e trinta e um reais e vinte e oito centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de

desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do presente Termo Aditivo | R$ 54.733,04 | R$ 54.733,04 |
| 02 | 01/07/2006 | R$ 54.733,04 | R$ 109.466,08 |
| 03 | 01/08/2006 | R$ 54.733,04 | R$ 164.199,12 |
| 04 | 01/09/2006 | R$ 54.733,04 | R$ 218.932,16 |
| 05 | 01/10/2006 | R$ 54.733,04 | R$ 273.665,20 |
| 06 | 01/11/2006 | R$ 54.733,04 | R$ 328.398,24 |
| 07 | 01/12/2006 | R$ 54.733,04 | R$ 383.131,28 |

As Sub-cláusulas supra mencionadas não sofrerão qualquer alteração.

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Junho de 2006.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210418
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87140-EQH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

INVISA

# NONO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

NONO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO AO TERMO DE PARCERIA DA GESTÃO ATENDIMENTO HOSPITALAR QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CARDOSO MOREIRA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR as Cláusulas: **Segunda** - DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS e **Quarta** – DOS RECURSOS FINANCEIROS do Termo de Parceria da Gestão do Programa Hospitalar, para melhor adequação e melhor cumprir as metas estabelecidas no Programa de Trabalho.

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesa fica alterada nos seguintes termos:

**PREVISÃO DE DESPESA**

| DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 221.216,30 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 134.231,40 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 45.429,90 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 41.555,00 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 25.691,75 |
| | TOTAL | **R$ 246.908,05** |

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ R$ 246.908,05 (Duzentos e quarenta e seis mil, novecentos e oito reais e cinco centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

2º OFÍCIO
CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTONIO DE PÁDUA 090589AA210430
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ Selo: A22U3853 - 40
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87152-BPH Consulte em https://www.crcrj.org.br/publico/selo
Escrevente
Matrícula nº 94/5067

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

007612

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do presente Termo Aditivo | R$ 49.381,61 | R$ 49.381,61 |
| 02 | 01/09/2006 | R$ 49.381,61 | R$ 98.763,22 |
| 03 | 01/10/2006 | R$ 49.381,61 | R$ 148.144,83 |
| 04 | 01/11/2006 | R$ 49.381,61 | R$ 197.526,44 |
| 05 | 01/12/2006 | R$ 49.381,61 | R$ 246.908,05 |

As Sub-cláusulas supra mencionadas não sofrerão qualquer alteração.

**AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS**

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Agosto de 2006.

**PARCEIRO PÚBLICO**
RENATO JACINTO DA SILVA
Prefeito Municipal de Cardoso Moreira

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone (22) 3853-1140
090589AeA210419
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO LIMA-SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87141-DEG Consulte em http://www.tjrj.jus.br/selo-eletronico
Escrevente
Matrícula nº 94/5967

007613

**ESTADO DE MINAS GERAIS**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPETINGA**
**GABINETE DO PREFEITO**

# ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Atesto, para os devidos fins, que o INVISA – Instituto Vida e Saúde, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº. 08026.000791/2003-42 e Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, celebrou com este município Termos de Parcerias para a Gestão dos Projetos na área de Saúde e Cultura, tendo sido os mesmos executados em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

Pirapetinga/RJ, 30 de novembro de 2005.

**NILO SÉRGIO TOSTES LUZ**
Prefeito Municipal de Pirapetinga

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198626
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EENE82688-FHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# TERMO DE PARCERIA

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPETINGA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAPETINGA, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPETINGA, com sede na Praça Dirceu de O. Martins, nº 01, Centro, Pirapetinga, Estado de Minas Gerais, CNPJ n.º 18.092825/0001-49, representada pelo Prefeito Municipal NILO SÉRGIO TOSTES LUZ, brasileiro, casado, médico, CPF nº 332.108.106-72, residente e domiciliado na Avenida Amaro Domingues s/nº, Pirapetinga, Estado de Minas Gerais, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAPETINGA e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Avenida Getúlio Vargas, 99, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominada **OSCIP,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, neste ato representada na forma de seu estatuto por DENNER ORNELLAS CORTAT, brasileiro, casado, CPF nº 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277 Sobrado, Centro, Itaocara, Estado do Rio de Janeiro, com fundamento no que dispõem a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

## CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade, implantar e manter a Gestão no Hospital Municipal de Pirapetinga, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

**Subcláusula Única** - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198648
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82711-ABA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

OFÍCIO DE JUSTIÇA 2º CARTÓRIO Santo Antônio de Pádua

Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

**CLÁUSULA SEGUNDA**
DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O presente PROGRAMA DE TRABALHO tem por objeto e finalidade, implantar e manter a Gestão do Hospital Municipal de Pirapetinga, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre a Prefeitura Municipal de Pirapetinga, através da Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Vida e Saúde – INVISA conforme Art. 9° da Lei 9790/99.

**I** - JUSTIFICATIVA

Considerando o grande número de pessoas necessitadas de atendimento médico de urgência e a distância dos centros de referência da região, e principalmente pela dependência da população à Rede Pública de Saúde, tanto da área urbana quanto na área rural, possibilitando assim um atendimento básico de saúde.

Além de contar com a carência de profissionais na região, e a necessidade de um atendimento de menor custo, fazendo valer a todos o direito à saúde, complementando as ações de saúde que visam o atendimento à toda população do município de Pirapetinga.

**II** – META

Manter em perfeito funcionamento em acordo com as especificações técnicas do Ministério da Saúde o Hospital Municipal de Pirapetinga, atendendo a todos os munícipes. Além de manter estrutura administrativa para controle de recursos humanos e financeiros das ações pactuadas.

**III** - OBJETIVOS

- Efetuar atendimento de urgência médica e encaminhamento para internações;
- Realizar a limpeza e curativo de lesões aos pacientes que chegarem ao hospital;
- Realizar remoção dos pacientes;
- Realizar internações, partos e cirurgias, atendendo de maneira digna os pacientes com acesso aos serviços médicos, curativos e medicamentosos;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA19864
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fe que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIAS
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 22,91
Selo: EENE82712-EBE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

- Alimentar os sistemas de informação do MS
- Manter em perfeito estado de conservação e limpeza toda a estrutura física do hospital, seus leitos, enfermarias e consultórios médicos.

**IV** - ESTRUTURA METODOLÓGICA

A execução do programa de trabalho será realizada no Hospital Municipal de Pirapetinga.

A equipe trabalhará em sistema de plantão diário, disponibilizando assim atendimento diuturno aos munícipes, encaminhando os casos mais complexos aos centros de referência da região.

A equipe de atendimento hospitalar será composta pelos seguintes profissionais: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem, Auxiliares de Serviços Gerais, Servente, Artífice, Atendentes, Auxiliar de Serviço Administrativo, Diretores e Coordenador que ficarão responsáveis pela execução do referido projeto.

**V** - AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através da Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, através do quantitativo de atendimento e qualidade dos serviços prestados à população, de acordo com as pactuações formalizadas junto à Secretaria de Estado de Saúde e/ou Ministério da Saúde.

**VI** - PREVISÃO DE RECEITA

Em se tratando de atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde, não haverá cobrança ao munícipe pelo atendimento, para tanto restando apenas o recebimento dos valores inerentes do repasse do PARCEIRO PÚBLICO ao INVISA.

**VII** - PREVISÃO DE DESPESA

| **DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS** | | |
|---|---|---|
| **CATEGORIAS CONTABEIS** | **PREVISÃO DE GASTOS** | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 488.770,80 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 323.084,56 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 105.767,68 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 44.728,72 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 46.108,64 |
| | **TOTAL** | **R$ 534.879,44** |

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo,

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198650
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82713-NCG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**CLÁUSULA TERCEIRA**
DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Da **OSCIP**

a- executar, conforme aprovado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

b– observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do **PARCEIRO PÚBLICO**, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999 a partir da assinatura deste Termo de Parceria;

d- promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa oficial do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

e – publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

f – indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

g – movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198651
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82714-HND Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1640

II - Do PARCEIRO PÚBLICO

a – acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b – indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c – repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta.

d – publicar no Diário Oficial (União/Estado/Município) extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de Trinta dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

e - criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois representantes do PARCEIRO PÚBLICO, um da **OSCIP** e um do Conselho de Política Pública (quando houver o Conselho de Política Pública);

f – prestar o apoio necessário à **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

g - fornecer todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação à este TERMO DE PARCERIA, nos termos do art. 17 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

h – fornecer espaço físico para realização de todas as ações que assim necessitem, bem como material, medicamento, instrumentos e equipamentos que se fizerem necessários para realização das ações.

i – responsabilizar-se integralmente por encargos sociais e obrigações trabalhistas prevista tanto na Constituição Federal quanto na CLT, que porventura sejam devidas pelo Parceiro Público aos funcionários que coincidirem na contratação da OSCIP, anteriores a assinatura deste Termo de Parceria, tendo em vista que o Instituto somente recebe as verbas inerentes ao respectivo Termo de Parceria, não percebendo quaisquer quantia referente a convênio, consultas particulares ou internações;

**CLÁUSULA QUARTA**
DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA:

I - O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 534.879,44 (quinhentos e trinta

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198652
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES MARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo EENE82715-AEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0079

e quatro mil, oitocentos e setenta e nove reais e quarenta e quatro centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 08 (oito) parcelas mensais, sendo estas de R$ 66.859,93 (sessenta e seis mil, oitocentos e setenta e nove reais e quarenta e quatro centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 66.859,93 | R$ 66.859,93 |
| 02 | 01/06/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 133.719,86 |
| 03 | 01/07/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 200.579,79 |
| 04 | 01/08/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 267.439,72 |
| 05 | 01/09/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 334.299,65 |
| 06 | 01/10/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 401.159,58 |
| 07 | 01/11/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 468.019,51 |
| 08 | 01/12/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 534.879,44 |

**Subcláusula Primeira** – O PARCEIRO PÚBLICO, no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos **PARCEIROS**, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Subcláusula Segunda** – Os recursos repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO à **OSCIP**, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

**Subcláusula Terceira** – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma estabelecido no *caput* desta Cláusula, a **OSCIP** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Programa de Trabalho.

**Subcláusula Quarta** – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198853
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo. EENE82716-NEN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

OFÍCIO DE JUSTIÇA Santo Antônio de Pádua

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**Subcláusula Quinta** – As despesas ocorrerão à conta do orçamento vigente, do Fundo Municipal de Saúde de Pirapetinga. As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos ser indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no *caput* desta Cláusula.

**Subcláusula Sexta** – A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela imediatamente anterior a última liberação, mediante apresentação dos documentos constantes dos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

## CLÁUSULA QUINTA
DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **OSCIP** elaborará e apresentará ao **PARCEIRO PÚBLICO** prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) **ou** até 28 de fevereiro do exercício subseqüente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do **PARCEIRO PÚBLICO.**

**Subcláusula Primeira** – A **OSCIP** deverá entregar ao **PARCEIRO PÚBLICO** a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP** e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198654
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82717-NEN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Município, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV - parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA (apenas para os casos em que o montante for maior ou igual a R$ 600.000,00 - seiscentos mil reais);

**Subcláusula Segunda** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II da Subcláusula anterior deverá ser arquivado na sede da OSCIP por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria **OSCIP**.

**Subcláusula Terceira** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela **OSCIP**, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

## CLÁUSULA SEXTA
DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira.

**Subcláusula Única** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao PARCEIRO PÚBLICO, até 60 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA SÉTIMA
DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 08 (oito) meses a partir da data de sua assinatura.

**Subcláusula Primeira** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a **OSCIP**, o PARCEIRO PÚBLICO

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198655
Rua dos Leites, nº 68 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82718-HNB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na apresentação de Programa de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Subcláusula Segunda** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplemento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

**Subcláusula Terceira** – Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto à **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

**Subcláusula Quarta** – Nas situações previstas nas Subcláusulas anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.

## CLÁUSULA OITAVA
DA RESCISÃO

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA com prazo mínimo de sessenta dias de antecedência; e

II – unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a **OSCIP** perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

III – em caso de haver rescisão contratual antes do término do presente Termo de Parceria ou ao final do prazo estipulado no presente contrato, se qualquer parte não houver adimplido com todas as obrigações elencadas na Cláusula Terceira, incidirá uma multa no valor correspondente ao valor do repasse financeiro mais juros de mora no valor de 10% sobre este mesmo valor em cada mês.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198656
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82719-BGA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CARTÓRIO 2º OFÍCIO Santo Antônio de Pádua

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**CLÁUSULA NONA**
DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

**CLÁUSULA DÉCIMA**
DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Santo Antônio de Pádua, 02 de maio de 2005.

**PARCEIRO PÚBLICO**
NILO SÉRGIO TOSTES LUZ
Prefeito Municipal de Pirapetinga

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

**TESTEMUNHAS:**

NOME:
ENDEREÇO:
CPF N.º

NOME:
ENDEREÇO:
CPF Nº

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198657
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES DARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82720-HHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

10

1643

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# PRIMEIRO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DO PROGRAMA HOSPITALAR – QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPETINGA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR e PRORROGAR as Cláusulas **Segunda -** DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS, **Quarta –** DOS RECURSOS FINANCEIROS e **Sétima –** DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO do Termo de Parceria do Programa Hospitalar, respectivamente, para melhor adequação.

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesa fica alterada nos seguintes termos:

**PREVISÃO DE DESPESA**

| DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 1.252.837,57 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 871.963,76 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 260.300,09 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 120.573,72 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 163.437,91 |
| | **TOTAL** | **R$** 1.416.275,48 |

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198658
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82721-BBN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ R$ 1.416.275,48 (um milhão quatrocentos e dezesseis mil, duzentos e setenta e cinco reais e quarenta e oito centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 66.859,93 | R$ 66.859,93 |
| 02 | 01/06/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 133.719,86 |
| 03 | 01/07/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 200.579,79 |
| 04 | 01/08/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 267.439,72 |
| 05 | 01/09/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 334.299,65 |
| 06 | 01/10/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 401.159,58 |
| 07 | 01/11/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 468.019,51 |
| 08 | 01/12/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 534.879,44 |
| 09 | 01/01/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 608.329,11 |
| 10 | 01/02/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 681.778,18 |
| 11 | 01/03/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 755.228,45 |
| 12 | 01/04/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 828.678,12 |
| 13 | 01/05/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 902.127,79 |
| 14 | 01/06/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 975.577,46 |
| 15 | 01/07/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 1.049.027,13 |
| 16 | 01/08/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 1.122.476,80 |
| 17 | 01/09/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 1.195.926,47 |
| 18 | 01/10/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 1.269.376,14 |
| 19 | 01/11/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 1.342.825,81 |
| 20 | 01/12/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 1.416.275,48 |

As Subcláusulas da supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

**III** - A Cláusula Sétima aditada fica alterada nos seguintes termos:

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 20 (vinte) meses a partir da data de sua assinatura.

As Subcláusulas da supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198659
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EENE82722-BHB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 02 de Janeiro de 2006.

**PARCEIRO PÚBLICO**
NILO SÉRGIO TOSTES LUZ
Prefeito Municipal de Pirapetinga

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198660
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.

Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82723-EBH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1649

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# SEGUNDO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

SEGUNDO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DO PROGRAMA HOSPITALAR – QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPETINGA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR as Cláusulas **Segunda** - DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS, **Quarta** – DOS RECURSOS FINANCEIROS do Termo de Parceria do Programa Hospitalar, respectivamente, para melhor adequação, e devido aos reajustes salariais, passando a vigorar da seguinte maneira:

A Cláusulas Segunda Inciso III e a Quarta aditadas ficam alteradas, respectivamente, nos seguintes termos:

OBJETIVOS

- Implantar e efetuar atendimento de FONOAUDIOLOGIA;
- Implantar o serviço de detecção de câncer de mama, realizando exames de mamografia, nas pacientes encaminhadas pelos médicos que prestam serviços por este Instituto;
- Reestruturação da parte de enfermaria da Unidade Hospitalar, revitalizando e humanizando o atendimento junto aos pacientes, através de cursos de aprimoramento e incrementos de novas técnicas de acordo com as normas vigentes de vigilância sanitária,sob monitoramento de profissional de enfermagem qualificado, dando todo suporte aos profissionais;
- Aumento da cobertura de limpeza das enfermarias e demais unidades do nosocômio;

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesa fica alterada nos seguintes termos:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198661
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82724-ENE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/srvpublico

1650

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

EC 1028

## PREVISÃO DE DESPESA

| DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 1.298.403,71 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 891.314,06 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 266.422,78 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 140.666,87 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 168.966,09 |
| | **TOTAL** | R$ 1.467.369,80 |

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 1.467.369,80 (um milhão, quatrocentos e sessenta e sete mil, trezentos e sessenta e nove reais e oitenta centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 66.859,93 | R$ 66.859,93 |
| 02 | 01/06/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 133.719,86 |
| 03 | 01/07/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 200.579,79 |
| 04 | 01/08/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 267.439,72 |
| 05 | 01/09/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 334.299,65 |
| 06 | 01/10/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 401.159,58 |
| 07 | 01/11/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 468.019,51 |
| 08 | 01/12/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 534.879,44 |
| 09 | 01/01/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 608.329,11 |
| 10 | 01/02/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 681.778,78 |
| 11 | 01/03/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 755.228,45 |
| 12 | 01/04/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 828.678,12 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198862
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82725-EGG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | 01/05/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 902.127,79 |
| 14 | 01/06/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 975.577,46 |
| 15 | 01/07/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.057.542,85 |
| 16 | 01/08/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.139.508,24 |
| 17 | 01/09/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.221.473,63 |
| 18 | 01/10/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.303.439,02 |
| 19 | 01/11/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.385.404,41 |
| 20 | 01/12/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.467.369,80 |

As Subcláusulas da supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Julho de 2006.

**PARCEIRO PÚBLICO**
NILO SÉRGIO TOSTES LUZ
Prefeito Municipal de Pirapetinga

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198663
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente cópia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo EENE82726-EFB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1652

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# TERCEIRO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

TERCEIRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DO PROGRAMA HOSPITALAR – QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPETINGA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR as Cláusulas **Segunda** - DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS, **Quarta** – DOS RECURSOS FINANCEIROS do Termo de Parceria do Programa Hospitalar, respectivamente, para melhor adequação, e devido aos reajustes salariais, passando a vigorar da seguinte maneira:

A Cláusulas Segunda Inciso III e a Quarta aditadas ficam alteradas, respectivamente, nos seguintes termos:

OBJETIVOS

- Aumento na cobertura do atendimento médico aos munícipes de Pirapetinga e micro-região;
- Aumento do pessoal de apoio, para evitar a contaminação hospitalar, nas unidades do hospital;

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesa fica alterada nos seguintes termos:

**PREVISÃO DE DESPESA**

| **DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS** | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 1.354.985,66 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 911.953,68 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 303.920,70 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 139.111,28 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 123.658,04 |
| | **TOTAL** | R$ 1.478.643,70 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198664
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES PAIVA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82727-EEGi Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 1.478.643,70 (um milhão, quatrocentos e setenta e oito mil, seiscentos e quarenta e três reais e setenta centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o *cronograma de desembolso abaixo.*

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 66.859,93 | R$ 66.859,93 |
| 02 | 01/06/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 133.719,86 |
| 03 | 01/07/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 200.579,79 |
| 04 | 01/08/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 267.439,72 |
| 05 | 01/09/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 334.299,65 |
| 06 | 01/10/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 401.159,58 |
| 07 | 01/11/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 468.019,51 |
| 08 | 01/12/2005 | R$ 66.859,93 | R$ 534.879,44 |
| 09 | 01/01/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 608.329,11 |
| 10 | 01/02/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 681.778,78 |
| 11 | 01/03/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 755.228,45 |
| 12 | 01/04/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 828.678,12 |
| 13 | 01/05/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 902.127,79 |
| 14 | 01/06/2006 | R$ 73.449,67 | R$ 975.577,46 |
| 15 | 01/07/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.057.542,85 |
| 16 | 01/08/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.139.508,24 |
| 17 | 01/09/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.221.473,63 |
| 18 | 01/10/2006 | R$ 81.965,39 | R$ 1.303.439,02 |
| 19 | 01/11/2006 | R$ 87.602,34 | R$ 1.391.041,36 |
| 20 | 01/12/2006 | R$ 87.602,34 | R$ 1.478.643,70 |

As Subcláusulas da supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198665
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,46 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo EENE82728-EHG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Rua Hermeth Silva, 49 - Térreo – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Novembro de 2006.

**PARCEIRO PÚBLICO**
NILO SÉRGIO TOSTES LUZ
Prefeito Municipal de Pirapetinga

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198666
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82729-BIH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1655

007633

invisa
instituto
vida e saúde

# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS CAPACIDADE GERENCIAL

# EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES

## 3. Comprovação de Gestão de Unidades de Saúde com até 12 meses

1653

Prefeitura Municipal de Quissamã
R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã- Rio de Janeiro – RJ

# ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Atesto, para os devidos fins, que o INVISA – Instituto Vida e Saúde, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.º 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, celebrou com este município, Termos de Parceria nº. 002/2011, para prestação de serviços complementares de saúde no **HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS** e na **UNIDADE EMERGENCIAL DE SAÚDE MÁRIO BARROS WAGNER - BARRA DO FURADO**, em caráter complementar às ações da Secretaria de Saúde, tendo sido o mesmo executado em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desem

Quissamã/RJ, 20 de dezembro de 2012.

**Alexandra Moreira Carvalho Gomes**
**Secretária Municipal de Saúde**

**Armando Cunha Carneiro da Silva**
**Prefeito**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,33 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43633-ELC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Prefeitura Municipal de Quissamã**
R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã – Rio de Janeiro - RJ

# TERMO DE PARCERIA Nº 002/2011

**O MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ**, representado pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, Sr Armando Cunha Carneiro da Silva, brasileiro, divorciado, portador do CPF nº 656.001.777-04, RG nº 04396210-9/IFP-RJ denominado **PARCEIRO PÚBLICO** e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro – Santo Antônio de Pádua/RJ, inscrita no MF/CNPJ sob o nº 05.997.585/0001-80 neste ato representada pelo Sr. Denner Ornellas Cortat, brasileiro, casado, portador da CI nº 93-1-03907-0 CREA/RJ e do CPF nº 868.424.557-15, doravante denominada **OSCIP**, com fundamento no que dispõem a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, Lei nº 8.666/93 e o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem, observando o que consta do Processo nº 4163/2011.

## CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto prestação de serviços complementares de saúde no Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus e na Unidade Emergencial de Saúde Mário Barros Wagner – Barra do Furado, sob coordenação da secretaria municipal de saúde de Quissamã de acordo com o Plano de Trabalho que integra o anexo do presente.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS.

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados, e a previsão de receitas e despesas, na forma do inciso IV do § 2º do art. 10 da Lei nº 9.790/99, constam do Programa de Trabalho proposto pela OSCIP e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, sendo parte integrante deste TERMO DE PARCERIA, independentemente de sua transcrição.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DA OSCIP.

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

a - executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210464
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Jânio Alves Farias
FABRICIO LIMA
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2011 Evente
SUBSTITUTO. Matrícula nº 94459
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,19 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87186-AGH Consulte em https: /www3.tjrj.jus.br/sitepublico

b- observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;

d- promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa oficial (Município) de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

e - publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

f – indicar, no mínimo um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

g - movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

**PARÁGRAFO ÚNICO - A Parceira obriga se também a:**

a) Cumprir, fielmente, o objeto do contrato, propiciando à prestação de atendimento médico aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, nos termos do Projeto Básico.
b) Manter sigilo dos dados e informações, sendo vedado o fornecimento de cópias de relatórios e documentos a terceiros sem prévia autorização, por escrito, da Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã.
c) Prestar contas junto à COMISSÃO designada dos recursos recebidos no mês anterior, no prazo máximo e improrrogável de 60 (sessenta) dias. A prestação de contas implica na planilha de custos com cópias da folha de pagamento e de notas fiscais referentes a compras de material, medicamentos, manutenção e serviços terceirizados. A não apresentação da prestação de contas dentro do prazo estabelecido ocasionará a suspensão do pagamento do mês subseqüente.
d) Contratar, sob sua exclusiva responsabilidade e sem qualquer vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde, todo o pessoal necessário à prestação dos serviços técnicos nas Unidades Básicas de Saúde e repor pessoal em 48 horas em caso de falta.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210465
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 [illegible] 0,30 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12.91
Selo: EEQP87187-QPG Consulte em https://www.tjrj.jus.br/selospublico
Escrevente
Matrícula nº 94/5962

e) Informar de imediato e por escrito à Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã qualquer anormalidade verificada durante a prestação dos serviços.
f) Apresentar, juntamente com as faturas mensais, relatórios gerenciais circunstanciados, discriminando os serviços executados no segundo mês anterior, assim como os respectivos dados estatísticos de freqüência.
g) Executar os trabalhos de implantação e gerenciamento hospitalar, inclusive os programas de prevenção e educação à saúde, além da emissão dos relatórios gerenciais tal como descrito na proposta apresentada.
h) Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã, juntamente com os relatórios gerenciais, análise técnica dos mesmos, indicando as providências administrativas adotadas para a correção dos problemas detectados pelos dados contidos nos relatórios;
i) Arcar com todo o ônus resultante de quaisquer ações, demandas judiciais, administrativas, custos e despesas decorrentes de danos causados, à Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã e/ou a terceiros por sua culpa, ou em conseqüência de erros, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados. A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos estritos termos da Lei n. ° 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor);
j) Permitir que a Controladoria Geral do Município e a fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã tenham acesso a todos os documentos da Entidade que digam respeito aos serviços prestados objeto do presente contrato.
k) Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã e Controladoria Geral do Município, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados.
l) Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações da Instituição.

## CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO PARCEIRO PÚBLICO

São obrigações do Parceiro Público:
a - acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b - indicar à OSCIP o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c - publicar no diário oficial do município ou congênere, extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de quinze dias após sua assinatura, nos termos do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;


CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210466
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 2853-3140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 13/04/2015 FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 14% R$: 1,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87188-PPE Consulte em http://www.selos.tjrj.jus.br/sitepublico.
Jânio Alves Farias
Escrevente
Matrícula nº 94/596

d - criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por representantes do PARCEIRO PÚBLICO, bem assim da OSCIP;
e - prestar o apoio necessário à OSCIP para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão.

## CLÁUSULA QUINTA - DO REPASSE DE RECURSOS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor total de R$ 18.290.850,84 (dezoito milhões, duzentos e noventa mil, oitocentos e cinquenta reais e oitenta e quatro centavos) a ser repassado à OSCIP, de acordo com os trabalhos descritos e desenvolvidos, nos termos do Anexo I do Edital, bem como o cronograma de desembolso apresentado e devidamente aprovada pela Comissão.

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma estabelecido no caput desta Cláusula, a OSCIP poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstos no Programa de Trabalho.

Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

As despesas correrão à conta do orçamento vigente da Secretaria Municipal de Saúde
---
As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos serem indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

b)celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no caput desta Cláusula.

A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela imediatamente anterior a última liberação, mediante apresentação dos documentos relacionados nos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

## CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

1 -A OSCIP elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210467
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 0,2 R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87189-AHQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico
Jânio Alves Freire
Matrícula nº 94/5967

adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após seu término e a qualquer tempo por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO.

2 -A OSCIP deverá entregar ao PARCEIRO PÚBLICO a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:
3 - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
4 - demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO, bem como se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria OSCIP e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da OSCIP.
5 - extrato da execução física e financeira publicado de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;
6- parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA.
7- Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos deverão ser arquivados na sede da OSCIP por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria OSCIP.
8 - Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela OSCIP, deverão dar imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

1. Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação do Parceiro Público.
2 -A Comissão de Avaliação deverá emitir relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho, devendo encaminhá-lo ao PARCEIRO PÚBLICO, em até 90 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

O Termo de Parceria terá vigência de 12 (doze) meses, contados de sua assinatura, podendo ser prorrogado pelo Município, por iguais períodos.

## CLÁUSULA NONA - DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO .

A execução deste Termo de Parceria será acompanhada por Comissão, que será responsável pelo acompanhamento dos resultados alcançados.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210468
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo. EEQP87190-HEQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.
Jânio Alves Far...

1– A Comissão será composta por no mínimo 3 (três) membros e designada pelo Secretário Municipal de Saúde.

2– A Comissão deverá acompanhar e fiscalizar o desempenho da OSCIP, considerando o disposto no Termo de Parceria e no Programa de Trabalho elaborando relatórios de acompanhamento dos serviços, que se prestarão a subsidiar a liberação dos repasses de recursos, bem como emitir relatório conclusivo sobre o alcance dos resultados, ao término do Termo de Parceria.

3– Para o fim de acompanhamento e fiscalização a OSCIP deverá apresentar:

3.1 – relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria;

3.2 – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do Termo e certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS;

3.3 – parecer e relatório de auditoria independente, contratada para exame contábil e perícia dos recursos públicos alcançados;

3.4 – a auditoria independente deverá ser realizada por pessoa física ou jurídica habilitada pelos Conselhos Regionais de Contabilidade, devendo os custos decorrentes ser incluídos na Planilha de Custos a ser apresentada com o PROJETO, como item independente de despesa.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

Fica assegurado ao Parceiro Público o direito de, no interesse da Administração, anular ou revogar, a qualquer tempo, no todo ou em parte a presente Parceria, podendo ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

1 - se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA sem qualquer pagamento de indenizações;

2- unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a OSCIP perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público";

3 – unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO, em virtude de exigência do interesse público, sem o pagamento de qualquer indenização.

4 - Além dos motivos elencados neste Termo de Parceria, é facultado ao Parceiro Público o direito de rescindir o Termo de Parceria, total ou parcialmente, independentemente de Notificação Judicial ou Extra-Judicial, nos casos de transferência, no todo ou em parte, do Termo de Parceria, sem a prévia e expressa autorização do PARCEIRO PÚBLICO.

5-A abstenção por parte do Parceiro Público, do uso de quaisquer das faculdades à mesma concedida neste Termo de Parceria, não importará em renúncia ao seu exercício.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone (22) 3853-1140
0905B9AA210469
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87191-QHI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
Matrícula nº 94/5967

007841

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os PARCEIROS, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Quissamã, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas que surgirem na execução do presente Instrumento.

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, lavrou-se o presente Termo de Parceria em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, sem rasuras ou emendas, o qual depois de lido e achado conforme, perante duas testemunhas, a todo o ato presente, vai pelas partes assinado, as quais se obrigam a cumpri-lo.

Quissamã-RJ, 01 de setembro de 2011

**PARCEIRO PÚBLICO**
Armando Cunha Carneiro da Silva
Prefeito

**OSCIP**

Denner Ornellas Cortat
**Diretor Geral**

**TESTEMUNHAS:**

**NOME:** Vanusa de Cássia F. de Souza
Assessor A4
Matr.: 3737

**RG:** 08230823-8

**CPF:** 090.136.057-60

**NOME:** Rosimar Maia Chevrand
Fundo Municipal de Saúde
Matr.: 2560

**RG:** 11.181.739-1

**CPF:** 083.089.987-12

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210470
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ 14/12/2023 FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,26 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87192-EPG Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico
Matrícula nº 94/5967
Santo Alves Faria
Escrevente

1654

007642

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ
GABINETE DO PREFEITO

# ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Atesto, para os devidos fins, que o INVISA – Instituto Vida e Saúde, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº. 08026.000791/2003-42 e Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, celebrou com este município Termos de Parcerias para a Gestão dos Projetos na área de Saúde e Assistência Social, tendo sido os mesmos executados em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

Aperibé/RJ, 22 de novembro de 2004.

ALFREDO GOMES TELLES
Prefeito Municipal de Aperibé

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198603
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA. ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82665-HFE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

1665

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# TERMO DE PARCERIA

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198681
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82745-EHB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APERIBÉ, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ, com sede na Rua Professor Honório Silvestre, Centro, Aperibé, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.º 36.288.900/0001-23, representada pelo Prefeito Municipal ALFREDO GOMES TELLES, brasileiro, casado, CPF nº 050.367.397-87, residente e domiciliado na Rua Major Abreu, n.º 70, Centro, Aperibé, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APERIBÉ e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede à Avenida Getúlio Vargas, 99, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominada **OSCIP,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, neste ato representada na forma de seu estatuto por DENNER ORNELLAS CORTAT, brasileiro, casado, CPF nº 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, nº 277 Sobrado, Centro, Itaocara, Estado do Rio de Janeiro, com fundamento no que dispõem a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

## CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade, implantar e manter a Gestão Hospitalar do Hospital Municipal Augustinho Gesuald Blanc em Aperibé, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

**Subcláusula Única** - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

entre as partes, por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

## CLÁUSULA SEGUNDA
DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados, e a previsão de receitas e despesas, na forma do inciso IV do § 2º do art. 10 da Lei nº 9.790/99, constam do Programa de Trabalho proposto pela **OSCIP** e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, sendo parte integrante deste TERMO DE PARCERIA, independentemente de sua transcrição.

## CLÁUSULA TERCEIRA
DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Da **OSCIP**

a- executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

b– observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;

d- promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa oficial do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198682
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EENE82746-EEN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico.

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

e – publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

f – indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

g – movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

II - Do **PARCEIRO PÚBLICO**

a – acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b – indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c – repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta.

d – publicar no Diário Oficial (União/Estado/Município) extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de Trinta dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

e - criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois representantes do **PARCEIRO PÚBLICO,** um da **OSCIP** e um do Conselho de Política Pública (quando houver o Conselho de Política Pública);

f – prestar o apoio necessário à **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

g - fornecer todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação à este TERMO DE PARCERIA, nos termos do art. 17 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

h – fornecer espaço físico para realização de todas as ações que assim necessitem, bem como material, medicamento, instrumentos e equipamentos que se fizerem

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA196683
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES MARIA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82747-EGB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

necessários para realização das ações.

**CLÁUSULA QUARTA**
DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA:

I - O **PARCEIRO PÚBLICO** estimou o valor global de R$ 695.621,40 (seiscentos e noventa e cinco mil seiscentos e vinte e um reais e quarenta centavos), a ser repassado à **OSCIP** em dez parcelas mensais, sendo estas de R$ 69.562,14 (sessenta e nove mil quinhentos e sessenta e dois reais e quatorze centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 69.562,14 | R$ 69.562,14 |
| 02 | 01/04/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 139.124,28 |
| 03 | 01/05/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 208.686,42 |
| 04 | 01/06/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 278.248,56 |
| 05 | 01/07/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 347.810,70 |
| 06 | 01/08/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 417.372,84 |
| 07 | 01/09/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 486.934,98 |
| 08 | 01/10/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 556.497,12 |
| 09 | 01/11/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 626.059,26 |
| 10 | 01/12/2004 | R$ 69.562,14 | R$ 695.621,40 |

**Subcláusula Primeira** – O **PARCEIRO PÚBLICO,** no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos **PARCEIROS**, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Subcláusula Segunda** – Os recursos repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

**Subcláusula Terceira** – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198684
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82748-NGB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

recursos próprios à conta bancária indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO, tendo reconhecidas as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Programa de Trabalho.

**Subcláusula Quarta** – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

**Subcláusula Quinta** – As despesas ocorrerão à conta do orçamento vigente, do Fundo Municipal de Saúde de Aperibé. As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos serem indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no *caput* desta Cláusula.

**Subcláusula Sexta** – A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela imediatamente anterior a última liberação, mediante apresentação dos documentos constantes dos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

## CLÁUSULA QUINTA
DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **OSCIP** elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) **ou** até 28 de fevereiro do exercício subseqüente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO.

**Subcláusula Primeira** – A **OSCIP** deverá entregar ao PARCEIRO PÚBLICO a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO, bem como, se for o caso, demonstrativo [illegible] **OSCIP** e

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198685
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82749-EEB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CARTÓRIO 2º OFÍCIO Santo Antônio de Pádua

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198686
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo EENE82750-EHJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
CARTÓRIO 2º OFICIO Santo Antonio de Padua RJ JUSTIÇA



INVIS **Instituto Vida e Saúde**
...as, 99 - Fundos – Centro
...o Antônio de Pádua – RJ
...PJ: 05.997.585/0001-80
... 08026.000791/2003-42

referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Município, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV - parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA ( apenas para os casos em que o montante for maior ou igual a R$ 600.000,00 - seiscentos mil reais);

**Subcláusula Segunda** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II da Subcláusula anterior deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria **OSCIP**.

**Subcláusula Terceira** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela **OSCIP**, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

## CLÁUSULA SEXTA
DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira.

**Subcláusula Única** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao **PARCEIRO PÚBLICO**, até 60 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA SÉTIMA
DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 10 (dez) meses a partir da data de sua assinatura.

**Subcláusula Primeira** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na

apresentação de Programa de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Subcláusula Segunda** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplemento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

**Subcláusula Terceira** – Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto à **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

**Subcláusula Quarta** – Nas situações previstas nas Subcláusulas anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.

## CLÁUSULA OITAVA
DA RESCISÃO

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA com prazo mínimo de sessenta dias de antecedência ; e

II – unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a **OSCIP** perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

## CLÁUSULA NONA
DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198687
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82751-EEA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

**CLÁUSULA DÉCIMA**
DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Março de 2004.

**PARCEIRO PÚBLICO**
ALFREDO GOMES TELLES
Prefeito Municipal de Aperibé

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

**TESTEMUNHAS:**

NOME:
ENDEREÇO:
CPF N.º

NOME:
ENDEREÇO:
CPF N.º

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198856
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EENE82920-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1673

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# PROGRAMA DE TRABALHO

(Parte integrante do TERMO DE PARCERIA)

PROJETO – GESTÃO HOSPITALAR

## OBJETO

O presente PROGRAMA DE TRABALHO tem por objeto e finalidade, implantar e manter a Gestão do Hospital Municipal Augustinho Gesuald Blanc em Aperibé, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre a Prefeitura Municipal de Aperibé, através da Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Vida e Saúde – INVISA conforme Art. 9º da Lei 9790/99.

## JUSTIFICATIVA

Considerando o grande número de pessoas necessitadas de atendimento médico de urgência e a distância dos centros de referência da região, e principalmente pela dependência da população à Rede Pública de Saúde, tanto da área urbana quanto na área rural, possibilitando assim um atendimento básico de saúde.

Além de contar com a carência de profissionais na região, e a necessidade de um atendimento de menor custo, fazendo valer a todos o direito à saúde, complementando as ações de saúde que visam o atendimento hospitalar à toda população do município de Aperibé.

## META

Manter em perfeito funcionamento em acordo com as especificações técnicas do Ministério da Saúde o Hospital Municipal Augustinho Gesuald Blanc, atendendo a todos os munícipes. Além de manter estrutura administrativa para controle de recursos humanos e financeiros das ações pactuadas.

## OBJETIVOS

- Efetuar atendimento de urgência médica;
- Realizar a limpeza e curativo de lesões dos pacientes que chegarem ao

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82752-ENE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

hospital;

- Realizar cirurgias de baixa e média complexidade;
- Realizar remoção dos pacientes;
- Realizar internações, atendendo de maneira digna os pacientes com acesso aos serviços médicos, curativos e medicamentoso;
- Manter em pleno funcionamento o Laboratório Municipal que está instalado nas dependências deste nosocômio;
- Manter o pleno funcionamento o atendimento medicamentoso na Farmácia básica do município instalado nas dependências deste nosocômio.
- Realizar os faturamentos e alimentar os sistemas de informação do MS.

## ESTRUTURA METODOLÓGICA

A execução do programa de trabalho será realizada no Hospital Municipal Augustinho Gesuald Blanc em Aperibé.

A equipe trabalhará em sistema de plantão diário, disponibilizando assim atendimento dioturno aos munícipes, encaminhando os casos mais complexos aos centros de referência da região.

A equipe de atendimento hospitalar será composta pelos seguintes profissionais: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem, Auxiliares de Serviços Gerais, Auxiliar de Serviço Administrativo e Coordenador que ficarão responsáveis pela execução do referido projeto.

## TEMPO DE EXECUÇÃO DO PROJETO

As ações terão inicio em 01 de março de 2004 e término em 31 de dezembro de 2004.

## AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através da Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, através do quantitativo de atendimento e qualidade dos serviços prestados à população, de acordo com as pactuações formalizadas junto à Secretaria de Estado de Saúde e/ou Ministério da Saúde.

## PREVISÃO DE RECEITA

Em se tratando de atendimento médico domiciliar pelo Sistema Único de Saúde, não haverá cobrança ao munícipe pelo atendimento, para tanto restando apenas o recebimento dos valores inerentes do repasse do PARCEIRO PÚBLICO ao INVISA.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198689
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82753-HNE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007653

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

## PREVISÃO DE DESPESA

**Custo Mensal**: R$ 69.562,14 (sessenta e nove mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quatorze centavos).

Em caso de haver alteração de valores, tendo como base o custo relativo, deverá ser devidamente justificado e aceito pelo PARCEIRO PÚBLICO, de comum acordo, e assim serem celebrados Termos Aditivos conforme Cláusula Quarta, Subcláusula Primeira do Termo de Parceria.

S. A. de Pádua, 01 de Março de 2004.

**DENNER DE ORNELLAS CORTAT**
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

RECEBEMOS EM 01/03/04

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198690
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82754-EGG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1673

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198691
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIAS - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE83165-ARDE. Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

TERMO ADITIVO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APERIBÉ, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

## CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETIVO

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo aumentar as ações inerentes ao PROGRAMA DE GESTÃO HOSPITALAR do Hospital Municipal Augustinho Gesuald Blanc, possibilitando um maior atendimento à população desta municipalidade.

## CLÁUSULA SEGUNDA
DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

As alterações inerentes neste TERMO ADITIVO têm por objeto e finalidade, promover a manutenção e cumprimento das metas e dos indicadores pactuados pelo TERMO DE PARCERIA estabelecida entre o INVISA e o município referentes ao Programa de Gestão Hospitalar.

## CLÁUSULA TERCEIRA
DOS RECURSOS FINANCEIROS

O Programa será aditado no montante devido e estipulado na cláusula pertinente para o cumprimento das metas estabelecidas no TERMO DE PARCERIA originário.

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 1.250.195,58 (Um milhão duzentos e cinqüenta mil cento e noventa e cinco reais e cinqüenta e oito centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 9 (nove) parcelas mensais, sendo estas de R$ 138.910,62 (cento e trinta e oito mil novecentos e dez reais e sessenta e dois centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/04/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 138.910,62 |
| 02 | 01/05/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 277.821,24 |
| 03 | 01/06/2004 | R$ 138.910,62 | R$416.731,86 |
| 04 | 01/07/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 555.642,48 |
| 05 | 01/08/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 694.553,10 |
| 06 | 01/09/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 833.463,72 |
| 07 | 01/10/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 972.374,34 |
| 08 | 01/11/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 1.111.284,96 |
| 09 | 01/12/2004 | R$ 138.910,62 | R$ 1.250.195,58 |

## CLÁUSULA QUARTA
DAS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão estão todas mantidas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Abril de 2004.

**PARCEIRO PÚBLICO**
ALFREDO GOMES TELLES
Prefeito Municipal de Aperibé

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198692
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EENE82756-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

# SEGUNDO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

SEGUNDO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA DE GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL AUGUSTINHO GESUALD BLANC QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APERIBÉ, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objetivo alterar a Cláusula Quarta – Dos Recursos Financeiros do Termo de Parceria de GESTÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL AUGUSTINHO GESUALD BLANC, para melhor adequação.

A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguinte termos:

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 207.983,64 (duzentos e sete mil novecentos e oitenta e três reais e sessenta e quatro centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 3 (três) parcelas mensais, sendo estas de R$ 69.327,88 (sessenta e nove mil trezentos e vinte e sete reais e oitenta e oito centavos) mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | 01/10/2004 | R$ 69.327,88 | R$ 69.327,88 |
| 02 | 01/11/2004 | R$ 69.327,88 | R$ 138.655,76 |
| 03 | 01/12/2004 | R$ 69.327,88 | R$ 207.983,64 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198693
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EENE82757-EEB Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Instituto Vida e Saúde**
Av. Getúlio Vargas, 99 - Fundos – Centro
Santo Antônio de Pádua – RJ
CNPJ: 05.997.585/0001-80
OSCIP - MJ n.º 08026.000791/2003-42

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Santo Antônio de Pádua, 01 de Outubro de 2004.

**PARCEIRO PÚBLICO**
ALFREDO GOMES TELLES
Prefeito Municipal de Aperibé

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**


CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: JANIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 49% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82758-HHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA198694
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE JUSTIÇA Santo Antônio de Pádua RJ

1680

Prefeitura do Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde

# ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA OPERACIONAL

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA**, inscrita no CNPJ: 76.105.535/0001-99, com sede na Rua Pedro Druszcz, nº. 111 – Araucária/PR CEP 83702-080, aqui representada pelo Secretário Municipal de Saúde, o Sr. Carlos Alberto de Andrade, **ATESTA** para os devidos fins, que o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, nº. 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ – CEP: 28.470-000, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no **CNPJ Nº. 05.997.585/0001-80**, celebrou com este Município **Contrato de Gestão Nº. 117/2018**, **PROCESSO SELETIVO Nº 001/2018**, na área da Saúde, tendo como objeto o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA** pelo período de 1 (um) ano, com início em **1º de agosto de 2018** e **até a presente data**, com atendimento em **CLÍNICA MÉDICA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA, CLÍNICA CIRURGICA, UTI PEDIÁTRICA, UTI NEO-NATAL, UTI GERAL, PRONTO SOCORRO ADULTO E INFANTIL** e com serviços de **CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, CIRURGIAS AMBULATORIAIS, ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS, ATENDIMENTO AMBULATORIAL, SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO.** O hospital é constituído com **84 (oitenta e quatro) leitos,** assim distribuídos;

| | Leitos |
|---|---|
| Clínica Médica | 15 |
| Clínica Cirúrgica | 13 |
| Clínica Pediátrica | 13 |
| Clínica Obstétrica | 18 |

| | Leitos |
|---|---|
| UTI Adulto | 9 |
| UTI Pediátrica | 3 |
| UTI NeoNatal | 5 |
| UCIN | 3 |
| Pré-Parto | 5 |

Informamos ainda que os serviços referentes ao **Contrato de Gestão nº. 117/2018 foram executados** em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando até a presente data, em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

Araucária/PR, 25 de julho de 2019.

**Carlos Alberto de Andrade**
**Secretário Municipal de Saúde de Araucária/PR**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203626
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43629-FFI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203627
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43630-ELE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

2º TABELIONATO DE NOTAS DE ARAUCÁRIA - PARANÁ
Rua Agrim. Carlos Hasselmann, 349 - (041)3643.1818
Selo Digital Nº 90qtn.LWjIf.MxNN9-xq93K.LQCs2
Valide esse selo em http://funarpen.com.br

Reconheço por semelhança a(s) assinatura(s) de **CARLOS ALBERTO DE ANDRADE**. Dou fé. Araucária-Paraná, 15 de outubro de 2019.*FS7Z04XZ-672465-86*
Em Test° da Verdade

Erick Vinicius Barbosa Moser - Escrevente

Tabelionato de Notas
CÍCERO LUIZ MOSER
Agente Delegado
Dec. 871/2011
CNP: 136.182.789-15

007660

# CONTRATO DE GESTÃO Nº 117 /2018
## PROCESSO SELETIVO Nº 001/2018
Processo Administrativo Nº. 3.606/2018
Processo de Dispensa de Licitação Nº. 12.706/2018

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210440
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
to Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
STITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87162-HPP Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

CONTRATO DE GESTÃO 117/2018 – **PROCESSO Nº 12.706/2018** – QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA, O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE SAÚDE E O **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE** QUALIFICADO COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA.

Através do presente instrumento particular, em que figuram de um lado o **MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF **sob o nº 76.105.535/0001-99**, com sede na Rua Pedro Druszcz nº 111, nesta cidade, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ARAUCÁRIA**, ambos neste ato representados pelo Secretário Municipal de Saúde, **CARLOS ALBERTO DE ANDRADE**, doravante denominado **CONTRATANTE**, **este na qualidade de** ordenador de despesa e, de outro lado, a Organização Social **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, com CNPJ/MF nº 05.997.585/0001-80, com endereço à Rua Hermete Silva, Nº 49, Centro, Santo Antonio de Pádua - RJ, **neste ato representada por seu Diretor Geral, DENNER ORNELLAS CORTAT**, inscrito no CPF/MF sob o nº 868.424.557-15, doravante denominada **CONTRATADA**, **tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº** 1.856/2008, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 21.504/2008, e considerando contido **nos autos do** Processo de Dispensa de Licitação nº 3606/2018, **fundamentada no** *caput* **do artigo 10º, da Lei Municipal nº** 1.856/2008, **combinado** com **o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores**, e, ainda, em conformidade com a Resolução nº 28/2011, regulamentada pela Instrução Normativa nº 61/2011, do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, e com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 , com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

1683

artigo 196 e seguintes, RESOLVEM celebrar este **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital Municipal de Araucária (HMA)**, decorrentes do processo de seleção nº 3606/2018, cujo uso fica permitido pelo período de vigência desta avença, mediante as seguintes cláusulas e condições:

## CLÁUSULA PRIMEIRA
## DO OBJETO

O **CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto** o gerenciamento e execução, **pela CONTRATADA, das** atividades e serviços de saúde no Hospital **Municipal de Araucária, em conformidade** com os Anexos que integram este instrumento, **o processo de seleção nº 3.606/2018**, e o processo de dispensa de licitação Nº. 12.706/2018.

**§ 1º O** objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

**§ 2º Faz parte** deste contrato os Anexos I e II.

## CLÁUSULA SEGUNDA
## DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Cabe à **CONTRATADA cumprir** as obrigações estabelecidas na legislação **referente ao SUS, nas** Portarias de Consolidação, nos diplomas federal e **municipal que regem a contratação**, e, também, as obrigações do Contrato primitivo que passam **a ser as seguintes**:

I. Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos **Anexos** deste **contrato**, no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, dando atendimento **EXCLUSIVO** à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde;

II. Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou dos que lhe sejam referenciados para atendimento;

III. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem à paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Municipal nº 1.856/2008, assegurando-se o direito de regresso contra o



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,91.
Selo: EEQP87163-PPF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA210441

responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

IV. Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos, no término de cada exercício financeiro ou na finalização do Contrato de Gestão, decorrentes ou não de aplicação financeira e/ou outros rendimentos.

V. A entidade deverá constituir Reserva Legal, em conta bancária específica, em banco federal oficial (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal), a fim de garantir verbas rescisórias decorrentes de demissões que eventualmente possam ocorrer diante do caso de rescisão contratual (férias, 13º salário e outras obrigações reflexas trabalhistas), devendo constar da prestação de contas mensal.

VI. Administrar os bens móveis e imóveis, previamente arrolados, cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

VII. Requerer à Secretaria Municipal de Saúde, através de processo administrativo, a autorização para aquisição de bens móveis, com justificativa da necessidade e com relatório técnico contendo: relação de equipamentos obsoletos e insuscetíveis de manutenção corretiva e seus respectivos números de patrimônio;

VIII. Transferir, integralmente à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no Hospital Municipal de Araucária, cujo gerenciamento lhe fora permitido;

IX. Criar e compor o Conselho de Administração, na forma do art. 8º e 9º da Lei Municipal nº 1.856/2008;

X. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

XI. Instalar, no Hospital Municipal de Araucária, durante o período de gerenciamento, em horário comercial, o "**Serviço de Atendimento ao Usuário**" para que sejam averiguadas eventuais queixas, e tomadas às medidas resolutivas cabíveis, devendo encaminhar à Comissão de Fiscalização, os relatórios mensais das atividades deste serviço;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (...) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA - SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP8764-EQG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/siturpublico
080589AA210442



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

1685

XII. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentos necessários para a realização das metas acordadas, se responsabilizando pelas Manutenções preventivas e corretivas que se fizerem necessárias;

XIII. Informar diariamente à CONTRATANTE, através do e-mail auditoriamedica@araucaria.pr.gov.br, o número de vagas disponíveis e disponibilizar acesso ao sistema de informação hospitalar utilizado pela CONTRATADA onde constem tais informações, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;

XIV. Instalar, no Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, o software que a entidade utilizará para GERENCIAMENTO DOS LEITOS HOSPITALARES e capacitar os profissionais responsáveis pelo departamento;

XV. Adotar o símbolo e o nome designativo "Hospital Municipal de Araucária", seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";

XVI. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato de Gestão;

XVII. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

XVIII. Não realizar ou permitir que terceiros realizem pesquisas que envolvam ou não tratamento experimental, sem que sejam cumpridos os aspectos éticos regulamentos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP - do Conselho Nacional de Saúde e obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde;

XIX. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;

XX. Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

XXI. Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 11,91
Selo: EEQP87165-HEH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
080589AA210443



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

1686

qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

XXII. Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, pelo período mínimo de 02 (duas) horas;

XXIII. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos pelo Hospital Municipal de Araucária;

XXIV. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a submissão ao tratamento de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

XXV. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

XXVI. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

XXVII. Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída do Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

a) Nome do paciente, sua data de nascimento e o nome da mãe;
b) Nome da Unidade básica de saúde que atende o paciente ou de sua área de abrangência com o número do cartão de usuário;
c) Localização do Serviço/Hospital (Endereço, Município, Estado)
d) Motivo do atendimento (CID-10)
e) Data de admissão e data da alta;
f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
g) Tempo e uso de antibióticos e outros medicamentos específicos;
h) Resumo de alta do prontuário deverá ser completo com o histórico do internamento em duas vias:

1. Paciente;
2. Anexo ao prontuário.

O documento deverá conter os seguintes esclarecimentos:
- Assinatura do paciente ou responsável legal;
- Referência para a unidade básica da sua área de abrangência;
- Referência para a cidade de origem em caso de pacientes de outro Município.

XXVIII. Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item XXIX desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210444
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO LIMA DE SOUZA
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023, FABRICIO LIMA DE SOUZA
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 14,91
Selo: EEQP87166-APF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

XXIX. Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes, índios, portadores de necessidades especiais e idosos, com direito a alojamento e alimentação;

XXX. Instituir e manter em pleno funcionamento:

a) Comissão de Revisão de Prontuário Médico;
b) Comissão de Revisão de Óbitos;
c) Comissão de Revisão de Óbitos materno, fetal e neonatal;
d) Comissões de Ética Médica, enfermagem e Desempenho Profissional;
e) Controle de Infecção Hospitalar;
f) Comissão de Humanização, Voluntários e Ação Social;
g) Comissão de Padronização de Medicações e novas tecnologias;
h) Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;
i) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
j) Serviço de Capelania;
k) Núcleo de Segurança do Paciente;
l) Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)
m) Comitê de proteção Radiológica;
n) Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar
o) Comissão de Cuidados paliativos;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA21044S
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ Tel: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 17,91
Selo: EEQP8716?-FQQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico.

XXXI. Limitar as despesas relativas à folha de pagamento e vantagens de qualquer natureza, a 60% (sessenta por cento) do valor global das despesas de custeio do Hospital Municipal de Araucária;

XXXII. Os custos relativos ao treinamento para cargos gerenciais, bem como outras concernentes à capacitação dos colaboradores não poderão exceder a 0,5% (cinco décimos percentuais) do orçamento mensal destinado à entidade gerenciadora, não sendo cumulativo, e deverá constar expressamente da prestação de contas mensal;

XXXIII. Permitir, a qualquer tempo, a presença da Comissão Fiscalizadora do Contrato de Gestão e a realização de Auditorias nas atividades e serviços deste Contrato de Gestão;

XXXIV. Enviar todos os documentos que forem solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde, aos cuidados do Secretário Municipal de Saúde;

XXXV. Planejar, desenvolver e programar ações para a consecução do objeto deste Contrato de Gestão com o propósito de obter qualidade com economicidade;

XXXVI. Cumprir todos os convênios que já estejam firmados ou que possam a ser firmados de acordo com as determinações da Secretaria



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

1638

Municipal de Saúde.

XXXVII. Apresentar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) em até 60 (sessenta) dias contados a partir da assinatura do Contrato de Gestão, informando o responsável técnico e os contratos com as empresas terceirizadas responsáveis pelo recolhimento dos resíduos à Secretaria Municipal de Saúde, comprovando a tramitação nos órgãos competentes de Saúde e Meio Ambiente;

XXXVIII. Apresentar o Plano de Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas e seu cronograma, em até 60 (sessenta) dias contados a partir da assinatura do Contrato de Gestão, informando o responsável técnico e os contratos com as empresas terceirizadas responsáveis pelo recolhimento dos resíduos à Secretaria Municipal de Saúde, comprovando a tramitação nos órgãos competentes de Saúde e Meio Ambiente;

XXXIX. Realizar a gestão do serviço de Pronto Atendimento Infantil denominado (PAI) no Hospital Municipal de Araucária – HMA.

XL. Não praticar quaisquer das condutas previstas no artigo 9º da Resolução nº 28/2011 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná e alterações posteriores.

XLI. Prestar contas nos moldes do item XII do Edital do Processo Seletivo nº 001/2018.

## CLÁUSULA TERCEIRA
## DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente Contrato de Gestão, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

I. Prover à **CONTRATADA** todos os meios necessários à execução do objeto deste Contrato de Gestão;
II. Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **Contrato de gestão**, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual;
III. Permitir à **CONTRATADA** o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a publicação de Decreto de Permissão de Uso;
IV. Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à publicação do Decreto de Permissão de uso.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090389AA210446
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: 953-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LINA
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,91.
Selo: EEQP87168-FEH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.



3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR.

V. Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Municipal nº 1.856/2008; e

VI. Elaborar relatórios e pareceres das Prestações de Contas, nos moldes do **item 12 do Edital do Processo Seletivo nº 001/2018.**

## CLÁUSULA QUARTA
## DA AVALIAÇÃO DAS METAS

A Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão, constituída nos termos do artigo 5º da Lei Municipal nº 1.856/2008, procederá Quadrimestralmente à verificação do desenvolvimento das atividades e o retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob seu gerenciamento, elaborando relatório circunstanciado e encaminhando cópia ao Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal de Saúde.

**§ 1º** As avaliações quadrimestrais deverão ser entregues: 1º quadrimestre até o dia 10 de Maio, do 2º quadrimestre até o dia 10 de Setembro e do 3º quadrimestre até o dia 15 de Janeiro.

**a)** Em caso de não haver concluído um quadrimestre completo, deverá se apresentar o relatório parcial referente ao período.

**§ 2º** À Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão fica assegurado o direito de, a qualquer tempo, promover auditorias relativas à execução deste Contrato, devendo ser encaminhado o relatório final ao Secretário Municipal de Saúde.

## CLÁUSULA QUINTA
## DO ACOMPANHAMENTO

A execução do **contrato de gestão** será analisada e auditada pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria e fiscalizada e ratificada pela Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão e pela Secretaria Municipal de Saúde, através do disposto neste Contrato.

## CLÁUSULA SEXTA
## DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Contrato de Gestão, será válido por 30 (trinta) meses, tendo por termo inicial a data de **01/08/2018** (Primeiro de Agosto de Dois Mil e Dezoito), podendo ser prorrogado, mediante Termo aditivo, por manifestação do interesse público, nos termos da Lei 1.856/2008, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210447
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO DA SILVA SUBSTITUTO.
2º(s) R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87169-EEQ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.



3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

1690

§ 1º O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da avença nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste **Contrato**.

§ 2º A **CONTRATADA** deverá manifestar o interesse em prorrogar o presente Contrato de Gestão em até 90 (noventa) dias antes do término da sua vigência.

## CLÁUSULA SÉTIMA
## DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela operacionalização dos serviços objeto **deste contrato**, especificados em seus **Anexos**, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento a importância global estimada em R$ 98.998.731,30 (Noventa e Oito milhões, Novecentos e Noventa e Oito mil, Setecentos e Trinta e Um Reais e Trinta centavos).

§ 1º O repasse dos valores decorrentes da execução do objeto do **contrato** correrá à conta da seguinte dotação orçamentária:

| Funcional | Natureza De Despesa/ Desdobramento | Ação PPA | Fontes |
|---|---|---|---|
| 12.01.10.302.0005.2023 | 3.3.50.43.99.02 | 118 | 1.000 / 3.000<br>1.303 / 3.316<br>3.496 |

§ 2º Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por ela aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos do **CONTRATO DE GESTÃO** e não gerem danos.

§ 3º Os recursos financeiros para a execução do objeto do **presente termo** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA.
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87170-RHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
080589AA210448



(41) 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

**§ 4º** A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o Hospital Municipal de Araucária, de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da **CONTRATADA** ou com aqueles advindos de outras fontes autorizadas. Também, os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados à **CONTRATANTE**, através da prestação de contas mensal.

**§ 5º** Os repasses mensais serão realizados até o último dia útil de cada mês.

**§ 6º** A Organização Social selecionada poderá repassar à sua mantenedora até 5,00% (cinco por cento) do valor mensal acordado, a título de cobertura de despesas realizadas pela mantenedora na execução do presente termo, ressalvada a devida comprovação das despesas conforme **Cláusula Oitava, § 1º, alínea ff**, vedada a cumulatividade nos períodos subsequentes. conforme artigo 56 da Lei Federal nº 12.873/2013. "Art. 56. As entidades privadas filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos podem repassar às suas mantenedoras recursos financeiros recebidos dos entes públicos, desde que expressamente autorizado no instrumento de transferência, observados a forma e os limites estabelecidos no instrumento de transferência e na legislação, quando houver."
Para execução do previsto neste parágrafo a Pessoa Jurídica sem fins lucrativos, qualificada no âmbito do Município como Organização Social deverá demonstrar, de forma justificada, que está adequada a Portaria Nº 1.319 de 24 de Novembro de 2014 do Ministério da Saúde, alterada pela Portaria Nº 130 de 05 de Fevereiro de 2016.

**§ 7º** É vedado o uso de recursos oriundos dos repasses ao Contrato de Gestão para pagamentos de Multas, Juros, ou qualquer ônus da Má gestão realizada pela Organização Social, sob pena de multa e do ressarcimento dos danos eventualmente causados ao Erário.

## CLÁUSULA OITAVA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As prestações de contas serão realizadas conforme os procedimentos a seguir, reservando-se à CONTRATANTE ou a Comissão de Fiscalização o direito de solicitar a apresentação de documentação complementar e/ou a realização de diligências para efeito de auditoria.

**§ 1º** A prestação de contas mensal deverá ser composta pela documentação abaixo relacionada:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210449
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antônio de Pádua-RJ, 14/12/2016
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - Selos R$ 0,79 - Total R$ 2,91
Selo: EEQP87171-QHH Consulte em http://www.selos.tjrj.jus.br
Lei 10.169 de 29/12/1994 - Lei 3.217 de 27/12/1999 - Lei 4.664 de 30/12/2005 - Lei 5.636 de 06/01/2010 - Lei 5.781 de 05/01/2010 - Lei 6.281 de 31/12/2012 - Lei 6.370 de 28/10/2013 - Lei 6.956 de 30/12/2014 - Lei 7.061 de 30/12/2015 - Lei 7.351 de 29/12/2016 - Lei 7.428 de 29/12/2016 - Lei 7.429 de 29/12/2016 - Lei 7.430 de 29/12/2016 - Lei 7.431 de 29/12/2016 - Lei 7.432 de 29/12/2016 - Lei 7.433 de 29/12/2016 - Lei 7.434 de 29/12/2016 - Lei 7.435 de 29/12/2016 - Lei

a) Ofício de encaminhamento da Prestação de Contas, assinado pelo representante legal;

b) Relatório da Diretoria, descrevendo fatos relevantes ocorridos no período;

c) Certidão de Regularidade profissional expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade, no qual está registrado o responsável técnico pela contabilidade;

d) Quadro contendo os nomes dos membros do Conselho de Administração e corpo executivo indicado em Assembleia ou Reunião em que houve a respectiva escolha;

e) Demonstrações contábeis/financeiras contendo:

f) Demonstração de lucros ou prejuízos acumulados,

g) Demonstração do resultado no período;

h) Fluxos de caixa.

i) Notas explicativas julgadas necessárias;

j) Balancete mensal.

k) Relatório referente ao fornecimento, no período, de bens e serviços à Contratante, com respectivos preços e condições, comparando-os com os praticados no mercado, apresentando as Notas Fiscais e recibos necessários para comprovar o relatório de fornecimento;

l) Demonstrativo dos valores recebidos no período, a qualquer título, contendo valores e origem;

m) Relação de contas bancárias contendo em colunas lado a lado, os saldos contábeis e dos extratos bancários;

n) Documentos emitidos pelos bancos nos quais a Contratada mantêm contas correntes, firmados por agente competentes para tal, atestando todas as contas correntes movimentadas ou não, no período, o saldo destas e os valores em aplicações financeiras;

o) Conciliações das contas bancárias;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22)3863-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2021
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,46 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - Emolumentos R$ 0,00 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87172-EGQ Consulte em https://www.tjrj.jus.br/selosdepublico
090589AA210450



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

p) Extrato Bancário ou relatório de remessa bancária emitido pelo banco contendo CNPJ ou nome do beneficiário e valor.

q) Demonstrativo, em nível analítico, relacionando as contas componentes do Ativo Circulante Realizável;

r) Relação dos bens incorporados no período de competência da prestação de contas contendo data da aquisição, discriminação e valor de cada bem, número da nota fiscal pertinente;

s) Relação dos bens desincorporados no período da prestação de contas contendo data da baixa, descriminação do item, número patrimonial, valor e justificativa técnica.

t) Demonstrativo das contas componentes do Passivo Circulante e Exigíveis com as respectivas relações nominais dos credores, importância das obrigações e respectivas datas de vencimentos;

u) Relação de sentenças judiciais pendentes de pagamento contendo a data e o número dos autos, a origem do crédito e o valor.

v) Relação de processos e de reclamações judiciais em andamento atualizados.

w) Demonstrativo mensal de recolhimento das contribuições devidas ao INSS (uma coluna para parte descontada do funcionário e outra para patronal) e das obrigações do FGTS, destacando as eventuais multas pelo atraso. O demonstrativo deve retratar a situação da inadimplência, se for o caso;

x) Cópias das convocações e das atas das reuniões do Conselho Administrativo no período;

y) Relação das compras de insumos e serviços realizadas no período, contendo material ou serviço, fornecedor, valor, comparativo de compatibilidade com valores de mercado, data e número da nota fiscal gravados em mídia digital;

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210451
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRÍCIO.
Selo: EEQP8173-EHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selo/

Página 12 de 20

z) Demonstrativo da movimentação de pessoal no período contendo o **número** de funcionários existentes, admissões e demissões ocorridas no período;

aa) Quadro demonstrativo de todas as receitas e despesas realizadas no período, atentando para os limites estabelecidos nos itens 14.8 e 14.9 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018.

bb) Planilha de Plano de Aplicação dos recursos mensal, conforme modelo estabelecido no Anexo III do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018, contendo os valores referentes ao período.

cc) Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário.

dd) A contratada deverá apresentar relatório contemplando a reserva legal, conforme dispõe item 14.5 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018, contendo memória de cálculo apresentando dos rendimentos e suas retiradas devidamente justificadas.

ee) Na hipótese de serem celebrados convênios, contratos ou congêneres com terceiros deverá ser apresentada prestação de contas individualizada de cada instrumento de avença, para que se proceda à verificação de lucro pelos serviços prestados e, consequentemente, ao abatimento proporcional deste montante no repasse mensal, conforme item 10.2.1 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018.

ff) Relatório detalhado (nos termos de determinação disposta na Tomada de Contas Extraordinária n. 691160/2013 TCE/PR apresentando planilha aberta e detalhada e demais comprovantes legais) dos custos administrativos repassados à mantenedora voltados à consecução do gerenciamento da unidade hospitalar de Araucária, apresentando relação das atividades desenvolvidas no período e o rateio dos custos conjuntos com outras unidades administradas pela mantenedora, quando houver, através de memória de cálculo, respeitando o disposto na Cláusula Sétima, 96 e

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - Selo: R$ 2,91
Selo: EEQP87174-GEH Consulte em https://www.selos.tjrj.jus.br
080589AA210452



41 3614-1470
Rua Padre Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

no item 14.9 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018.

**§ 2º** O procedimento de prestação de contas mensal será realizado conforme dispõe parágrafo único do artigo 6º da Lei nº 1.856/2008.

## CLÁUSULA NONA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS BIMESTRAL

Sem prejuízo das normas que venham a ser instituídas pela **CONTRATANTE**, o **CONTRATADO** deverá prestar contas bimestralmente no Sistema de Integrado de Transferências – SIT do Tribunal de Contas do Paraná, nos moldes da Resolução nº 28/2011 e Instrução Normativa nº 61/2011 do TCE/PR.

**Parágrafo único:** Constatada a não alimentação do sistema, o **CONTRATADO** o será notificado para regularização da prestação de contas, sob a pena de aplicação das sanções prevista no item XIII do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018.

## CLÁUSULA DÉCIMA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS QUADRIMESTRAL

A entidade tomadora prestará contas quadrimestralmente das metas atingidas e não atingidas com as respectivas notas explicativas.

**§ 1º** As avaliações quadrimestrais serão realizadas nos meses de Maio, Setembro e Janeiro.

**§ 2º** As metas poderão ser repactuadas mediante decisão da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Comissão de Fiscalização.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL

Até o quinto dia útil do mês de março do exercício subsequente, deverá ser apresentada prestação de contas referente ao exercício anterior.

**§ 1º** As metas poderão ser repactuadas mediante decisão da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Comissão de Fiscalização.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE P... 090588AA210453
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2021
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - Total R$ 12,91
Selo: EEQP8715-GGA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

1696

§ 2º A prestação de contas conterá os seguintes documentos:

a) Demonstração de lucros ou prejuízos acumulados.
b) Demonstração do resultado no período,
c) Demonstração dos fluxos de caixa,
d) Notas explicativas;
e) Balanço Patrimonial;
f) Relatório de auditoria externa com respectivo parecer referente às contas da Unidade Gerenciada;
g) Índice de satisfação do Usuário externo e interno.

§ 3º Havendo coincidência nas datas de prestação de contas mensal, quadrimestral, e, anual, as mesmas deverão ser apresentadas por instrumentos separados para fins de facilitação de análise.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA
## DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente Contrato de Gestão de gestão poderá ser aditado alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
## DA RESCISÃO

A rescisão do Contrato de Gestão obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

§ 1º Verificada qualquer hipótese que enseje a rescisão contratual, o Poder Executivo, garantida defesa prévia, providenciará a imediata revogação do Termo de Cessão de Uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

§ 2º Em caso de rescisão do Contrato de Gestão, ainda que unilateral por parte da **CONTRATANTE**, os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social para execução do objeto do **contrato** serão arcados pela **CONTRATADA** através dos valores dirigidos à

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210464
Rua dos Lelles, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone:(22)3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO Alves Faria
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 9% R$ 0,37 - Total R$ 12,91
Selo: EEQP87176-GPG Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



47 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

reserva legal depositada anteriormente, independentemente de eventual indenização que alguma das partes possa fazer jus.

**§ 3º** Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, esta se obriga a continuar executando o objeto deste **Contrato**, pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do contrato.

**§ 4º** A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA
## DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste **Contrato de Gestão** e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

a) Advertência;
b) Multa de 2% (dois por cento) do valor do pagamento mensal;
c) Multa de 5% (cinco por cento) do valor global do contrato, no caso da **CONTRATADA** dar causa à rescisão;
d) Caso a **CONTRATADA** não cumpra as condições estabelecidas no Edital ou neste **CONTRATO**, poderá, ainda, ser:
e) Suspensa de licitar e impedida de contratar temporariamente com a Prefeitura do Município de Araucária, pelo prazo de até 02 (dois) anos;
f) Declarada **inidônea** para licitar ou contratar com a Administração Pública, na forma do Art. 87, inciso IV, da Lei nº 8.666/93.

**§ 1º** A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

**§ 2º** A sanção prevista nos incisos II e III poderão ser cumuladas com as demais sanções.

**§ 3º** Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Ordenador de

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210455
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-11
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/10/2014 Escrevente
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - Total R$ 12,91
Selo: EEQP8717-GGP Consulte em https://selos.tjrj.jus.br/publico.



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

despesas, sendo garantido em todo o processo sancionador o contraditório e a ampla defesa.

§ 4º O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será suportado por recursos próprios da entidade.

§ 5º Fica vedada a utilização dos recursos provenientes deste **Contrato de gestão** para o pagamento de eventuais multas, taxas bancárias, juros ou atualização monetária, decorrente de culpa de agente do **CONTRATADO** ou descumprimento de determinações legais ou contratuais.

§ 6º A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

§ 7º A iniciativa do procedimento de apuração de sanção será de incumbência da Comissão de Fiscalização, e a decisão quanto à aplicação das sanções será de prerrogativa do Secretário Municipal de Saúde.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA
## REMUNERAÇÃO DA DIRETORIA

§ 1º A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes do Hospital Municipal de Araucária ficam adstritas à remuneração atribuída ao Secretário Municipal de Saúde, a qual está elencada no **Anexo III da Lei 1.703/2006** (Estatuto dos Servidores Públicos de Araucária).

§ 2º As demais funções serão remuneradas conforme o piso da categoria.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA
## DISPOSIÇÕES FINAIS

§ 1º Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato de Gestão, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO PÁDUA 090589AA210456
Rua dos Leitos, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) -1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023 FABRICIO
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 2,91
Selo: EEQP87178-GEG Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que, caso haja alguma alteração decorrente de tais competências normativas a CONTRATADA fica obrigada a fazer as adequações necessárias.

§ 2º A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Municipal de Saúde e ao Prefeito do Município de Araucária, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

§ 3º A CONTRATANTE analisará o requerimento de reconhecimento da isenção tributária da CONTRATADA, mediante a apresentação dos documentos legalmente exigidos.

§ 4º A CONTRATADA poderá formalizar, mediante autorização prévia da CONTRATANTE, após análise dos critérios de oportunidade e conveniência, convênios, contratos ou congêneres com fins de prestação de serviços médicos e SADTs (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) nos limites da capacidade técnica instalada, respeitando a execução dos quantitativos estipulados para cumprimento das metas contratualizadas.

§ 5º A CONTRATADA será responsável pela manutenção preventiva e corretiva dos bens, cujo uso lhes serão conferidos através de Decreto de Permissão de Uso.

§ 6º A Organização Social selecionada, para celebrar Contrato de Gestão com o Município, deverá atender ao Artigo 37 da Constituição Federal em suas contratações, atendendo aos princípios constitucionais impostos, realizando processo formal, público e regular em suas contratações, possibilitando a participação dos interessados, devendo ainda esta metodologia estar prevista em estatuto.

§ 7º Caso haja suspeitas e/ou denúncias de irregularidades no gerenciamento do Hospital, o Município de Araucária poderá, a qualquer momento, decretar Intervenção Municipal, com a suspensão do prazo de vigência do Contrato, para fins de averiguação de irregularidades.

§ 8º Os Repasses ao Contratado serão efetivados mediante aprovação das contas que posteriormente serão apreciadas pela Controladoria Geral do Município, sempre que se julgar necessário, bem como que qualquer alteração contratual deverá ser aprovada mediante parecer da Procuradoria Geral do Município.

§ 9º A Organização Social contratada fica obrigada a manter o registro de ponto biométrico dos colaboradores da OS, bem como a divulgar os nomes da equipe médica e seu horário de atendimento.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leões, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia reproduzida fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. FABRICIO ALVES FARIA
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2021 Matrícula 94159067
SUBSTITUTO
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEQP87179-EGE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.
05589AA210457



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-060 - Centro - Araucária / PR

1700

**§ 10º** Os serviços complementares, expressos no presente instrumento, deverão correr sob égide da Portaria de Consolidação MS nº 1, de 28 de Setembro de 2017; de igual forma, deverá ser observado, no que se aplicar, a Portaria de Consolidação MS nº 2, de 28 de Setembro de 2017, e demais normas que regulamentam o tema.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA
## DA PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Município e em jornal de grande circulação regional, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA
## DO FORO

Fica eleito o Foro Regional de Araucária da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Contrato de gestão, que não puderem ser solucionadas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o **PRESENTE CONTRATO DE GESTÃO** em 03 (Três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

**Araucária,** 23 **de** Julho **de 2018**

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

DENNER ORNELLAS CORTAT
DIRETOR GERAL
INVESA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE

Testemunhas:

1. _____
Nome: _____
RG: _____

2. _____
Nome: _____
RG: _____

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210458
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - Bd - Fone: (22) 3883-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/10/2018 Ato(s) gratuito(s)
Jânio Afonso Faria
Escrevente
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - Total R$: 12,91
Selo: EEQP87180-JEA Consulte em https://www.selositepublico



41 3614-1470
Rua Pedro Druszcz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR -

1701

# TERMO ADITIVO

**7º Termo Aditivo ao Termo de Parceria nº 002/2011**
**Partes: Município de Quissamã, representado por seu Prefeito Octávio Carneiro da Silva e INSTITUTO VIDA E SAUDE – INVISA.**
**Prazo do Aditivo: No período de 01/04/2015 à 30/04/2015.**
**Valor Mensal do Aditivo: R$ 1.928.206,18 (um milhão, novecentos e vinte e oito mil, duzentos e seis reais e dezoito centavos).**

As partes Contratantes, com fundamento no Art. 57 II, da Lei 8.666/93 e no Termo de Parceria nº 002/2011, processo nº 4163/2011, resolvem de comum acordo, para os fins e mediante os artigos adiante enunciados, celebrar:

## TERMO ADITIVO

**Cláusula 1ª** O prazo estabelecido no Termo de Parceria nº 002/2011, fica prorrogado por mais 01 (um) mês, no período de 01/04/2015 à 30/04/2015.

**Cláusula 2ª** O valor mensal estabelecido no Termo de Parceria nº 002/2011, fica alterado para R$ 1.928.206,18 (um milhão, novecentos e vinte e oito mil, duzentos e seis reais e dezoito centavos), tendo em vista acréscimo/redução de serviços, conforme justificado no processo nº 4163/2011.

**§ 1º-** Podendo o presente termo ser rescindido a qualquer tempo sem prejuízo para as partes, ressaltando apenas que o Instituto Vida e Saúde – INVISA deverá ser comunicado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**Cláusula 3ª -** Permanecem em vigor todas as demais cláusulas contratuais.

E por estarem ajustadas, as Partes Contratantes assinam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e efeito perante as duas testemunhas abaixo assinadas.

Quissamã (RJ),____ de _____ de _____

**CONTRATANTE:**

MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ
**Octávio Carneiro da Silva**
Prefeito

**CONTRATADA:**

**INSTITUTO VIDA E SAUDE - INVISA**
Denner Ornellas Cortat
Diretor Geral
Denner Ornellas Cortat
Diretor Geral
CPF 868.424.557-15

1702

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210459
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1149
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2015 Total R$ 12,91
SUBSTITUTO
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - ISS R$: 0,37
Selo: EEQP87181-QGP Consulte em http://www.tjrj.jus.br/selos/ 475967

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 117/2018**
**PROCESSO SELETIVO Nº 001/2018**
**Processo Administrativo nº 3.606/2018**
**Processo de Dispensa de Licitação nº 12.706/2018**

**Objeto:** o gerenciamento e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no Hospital Municipal de Araucária, em conformidade com os Anexos que integram este instrumento e o processo de dispensa licitação nº 3606/2018.

**MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/ MF sob nº 76.105.535/0001-99, com sede na Rua Pedro Druszcz, nº 111, Araucária/ PR, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ARAUCÁRIA**, ambos representados pelo Secretário Municipal de Saúde, **Carlos Alberto de Andrade**; **INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**, pessoa jurídica de direito privado e entidade qualificada como Organização Social de Saúde no Município de Araucária, inscrito no CNPJ/ MF 05.997.585/0001-80, com endereço na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/ RJ, neste ato representado por seu **Diretor Geral Bruno Soares Ripardo**, CPF/ MF sob nº 110.695.987-63, doravante denominado simplesmente "INVISA", tem justo e acertado entre si, de forma amigável, o que se segue relativamente ao presente Termo de Rescisão do Contrato de Gestão 117/2018, para fins de atendimento do interesse público.

CLÁUSULA PRIMEIRA

As partes acima qualificadas resolvem, de comum acordo e na forma do Processo Administrativo que culminou na contratação da organização social INVISA, rescindir o contrato de gestão nº 117/2018, nos termos da Cláusula Décima Terceira do Contrato de Gestão, a partir de 31 de julho de 2019, em decorrência de Pedido de Rescisão encaminhado pela Contratada, mediante notificação encaminhada ao Secretário Municipal de Saúde.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Justifica-se a rescisão contratual apresentada pela

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210460
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/03/2023 FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - Total R$ 12,91
Selo: EEQP87182-GBP Consulte em https://selos.tjrj.jus.br/selo/publico.

CONTRATADA em decorrência da alegada impossibilidade de continuidade da prestação dos serviços sem a formalização dos termos aditivos requeridos, situação que tem promovido crescente déficit financeiro na execução do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Verificada a conveniência para o CONTRATANTE e a inexistência de prejuízo às pessoas jurídicas da CONTRATANTE e da CONTRATADA, o presente termo operar-se-á na forma da lei, e se justifica na medida em que a nova contratação para suprir o referido objeto não acarretará majoração contratual ou ônus ao ente público.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A rescisão do contrato em epígrafe será realizada sem aplicação de penalidades de qualquer natureza a qualquer das partes.

CLÁUSULA SEGUNDA

Nos termos da Cláusula Décima Terceira, §3º do Contrato de Gestão firmado, após a formalização da rescisão por meio do presente Termo:

I- O CONTRATADO se compromete a manter em integral funcionamento os serviços e atividades do HMA, bem como a participar ativamente da transição de gestão da unidade, seja ao CONTRATANTE ou a terceiro por ele indicado;

II- O CONTRATADO apresentará prestação de contas final da parceria, para deliberação e aprovação pelo CONTRATANTE, sendo que este se compromete a, no prazo de 60 (sessenta) dias, analisar e sendo aprovado, repassar à entidade o valor necessário à quitação do passivo contraído junto aos fornecedores e prestadores de serviço durante a execução do Contrato de Gestão.

PARÁGRAFO ÚNICO – O CONTRATANTE indenizará o CONTRATADO em

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090689AA210461
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/03/2019 Total R$: 12,91
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37
Selo: EEQP87183-HGC Consulte em http://www.selos.tjrj.jus.br/sitepublico.

razão de eventuais despesas que este incorrer durante o período de transição, desde que comprovada a relação da despesa incorrida com a atuação do CONTRATADO na transição da gestão do HMA.

CLÁUSULA TERCEIRA

Com vistas a garantir a continuidade dos serviços, o CONTRATADO sub-rogará o CONTRATANTE ou terceiro por ele indicado nos contratos de trabalho com os atuais empregados que atuam na unidade, realizando a rescisão apenas dos contratos de trabalho que forem autorizados durante a transição.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Em razão do dito no *caput*, compromete-se o CONTRATADO a repassar ao CONTRATANTE os valores constantes do Fundo de Reserva do Contrato de Gestão n. 117/2018, os quais são destinados a custear o saldo rescisório e verbas fundiárias dos empregados em relação ao período de vigência do referido ajuste.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Considerando o contido o parágrafo anterior, o CONTRATANTE assume responsabilidade de qualquer questionamento ou cobrança trabalhista futura em relação aos empregados contratados pelo INVISA para cumprimento do Contrato de Gestão n. 117/2018.

CLÁUSULA QUARTA

O presente Termo de Rescisão surtirá seus efeitos após publicação de seu extrato em Diário Oficial e cumprimento de todas as condições descritas nas Cláusulas Segunda e Terceira.

E, por estarem ajustados, assinam o presente Termo, em 03 (três) vias de igual teor e forma, nas presenças de duas testemunhas.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210462
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 14/12/2023. FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,27 - Selo Digital TJRJ
Selo. EEQP87184-AAA Consulte em https://selos.tjrj.jus.br/sitepublico
Vanio Alves Carneiro
Matrícula nº 94/5967

Araucária/PR, 30 de julho de 2019.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Saúde

BRUNO SOARES RIPARDO
Diretor Geral do Instituto Vida e Saúde

TESTEMUNHAS:

1ª _____

2ª _____

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA210463
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 12/12/2023 FABRICIO LIMA
SUBSTITUTO.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEQP87185-HHH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA**

# ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Atesto, para os devidos fins, que o INVISA – Instituto Vida e Saúde, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº. 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº. 08026.000791/2003-42 e Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, celebrou com este município Termo de Parceria nº. 003/2009, para prestação de serviços médicos e apoio técnico ao Pronto Socorro e Centro de Saúde deste Município, através do Fundo Municipal de Saúde, tendo sido o mesmo executado em condições técnicas e operacionais satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

Miracema/RJ, 10 de agosto de 2010.

**IVANY SAMEL**
Prefeito Municipal de Miracema

João Luiz Lima Martins
Administrador de Empresa
CRA-RJ 29-61802-5

Conselho Regional de Administração
CRA/RJ

O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO é parte integrante da CERTIDÃO n.º 38.778 expedida nesta data que relaciona o RCA nº 16701 de 13/08/10 efetuado neste Conselho.
R.J. 13/08/2010

Norma Godoi de Abreu
Apoio Administrativo
Registro de Pessoa Jurídica

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203642
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 32,91
Selo: EEOK35398-EII Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**ESTADO DO RIO DE JA**
**PREFEITURA MUNICIP**

# TERMO DE PARCERIA nº 003/2009

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198870
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES MARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82934-DEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIRACEMA, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA, com sede na Praça Ary Parreira, s/nº centro Miracema, Estado do Rio de Janeiro, CNPJ n.º 29.114.121/0001-46 representada pelo Prefeito Municipal IVANY SAMEL, brasileiro, casado, CPF nº 130.940.427-72, residente e domiciliado no Sítio Recreio Km 03, 2º Pólo Industrial, Miracema, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIRACEMA e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominada **OSCIP,** pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.º 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, neste ato representada na forma de seu estatuto por DENNER ORNELLAS CORTAT, brasileiro, casado, CPF nº 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, n.º 277 Sobrado, Centro, Itaocara, Estado do Rio de Janeiro, com fundamento no que dispõem a Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

## CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade, a prestação de serviços médicos e de apoio técnico ao Pronto Socorro e Centro de Saúde do Município de Miracema, que se realizará, em caráter complementar, por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

**Subcláusula Única** - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

Publicado no Quadro de Aviso
Em 30/06/07
Ass.

A Ser Publicado no Boletim Oficial
187 Em 30/06/07 1
Ass.

1708

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

**CLÁUSULA SEGUNDA**
DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade à prestação de serviços médicos e de apoio técnico ao Pronto Socorro e ao Centro Médico do município de Miracema, que se realizará, em caráter complementar, por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre a Prefeitura Municipal de Miracema, através da Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Vida e Saúde – INVISA conforme Art. 9° da Lei 9.790/99.

**II** - JUSTIFICATIVA

Considerando que o município de Miracema não possui um Hospital Público Municipal e tem no Centro Médico e no Pronto Socorro as únicas referências para os atendimentos de emergência e pronto atendimento do município, e ainda, o grande número de pessoas carentes de atendimento médico especializados, de atendimentos de enfermagem, de procedimentos preventivos e curativos, e também da realização de exames complementares devido à distância dos centros de referência da região, e principalmente pela dependência de enorme parcela da população à Rede Pública de Saúde, busca-se através desta parceria uma ampliação na oferta de serviços disponibilizados à população, promovendo um maior acesso aos serviços de saúde de forma digna e de qualidade.

**III** – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DAS ATIVIDADES

O presente TERMO DE PARCERIA celebrado se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação dos partícipes para apoio à prestação de serviços médicos e de apoio técnico ao Posto de Urgência e ao Centro Médico, em caráter complementar às ações da Secretaria Municipal de Saúde, com objetivos específicos de:

- Realizar atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, de acordo com a demanda da unidade;
- Realizar atendimento médico especializados, de acordo com a demanda da unidade;
- Realizar atendimento de enfermagem, de acordo com a demanda da unidade;

CARTÓRIO DO 2° OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82935-UCN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
(090689AA198871

007987

• Realizar pequenas cirurgias, imobilizações e curativos, quando necessário;

• Realizar atendimento imediato às chamadas de emergências em vias pública, domicílios, etc.;

• Prescrever e realizar exames complementares, como eletrocardiografia, uitra-sonografias, exames de Raio-X e outros, de acordo com a disponibilidade de equipamentos da unidade;

• Prescrever e administrar medicamentos e realizar procedimentos necessários à preservação da vida dos pacientes atendidos na unidade;

• Acompanhar e prestar cuidados aos pacientes nos casos de remoções para outras unidades de saúde;

• Verificar e atestar óbitos na unidade ou fora dela, preenchendo a respectiva declaração de óbito;

• Realizar *treinamentos, reciclagens, eventos científicos e outras atividades visando o* aperfeiçoamento profissional;

• Prestar assistência administrativa à direção/coordenações da unidadel, de acordo com as necessidades do serviço.

**IV** – CARACTERÍSTICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DO MUNICÍPIO

O município de Miracema, no Estado do Rio de Janeiro, pertencente a Mesorregião do Noroeste Fluminense, Microrregião de Santo Antônio de Pádua, contando com 303.353 km² de área, sendo limitado pelos municípios de Laje do Muriaé, Itaperuna, São José de Ubá, Santo Antônio de Pádua, Barão de Monte Alto (MG) e Palma (MG).

Sua população é de aproximadamente 26.823 habitantes de acordo com estimativa do IBGE, com um significativo crescimento desde a emancipação em 3 de maio de 1935.

**População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009**

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
|---|---|---|---|
| Menor 1 | 177 | 170 | 347 |
| 1 a 4 | 827 | 796 | 1.623 |
| 5 a 9 | 1.139 | 1.130 | 2.269 |
| 10 a 14 | 1.083 | 1.056 | 2.139 |
| 15 a 19 | 1.090 | 1.033 | 2.123 |
| 20 a 29 | 2.159 | 2.299 | 4.458 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
09D589AA198872

| | | | |
|---|---|---|---|
| 30 a 39 | 1.846 | 1.900 | 3.746 |
| 40 a 49 | 1.748 | 1.897 | 3.645 |
| 50 a 59 | 1.328 | 1.485 | 2.813 |
| 60 a 69 | 786 | 1.054 | 1.840 |
| 70 a 79 | 507 | 715 | 1.222 |
| 80 e + | 199 | 399 | 598 |
| Ignorada | - | - | - |
| Total | 12.889 | 13.934 | 26.823 |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA159873
Rua Santos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 / Total R$: 12,91
Selo EENE82937-CEC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

**:: LOCALIZAÇÃO**

O município de Miracema está a 21° 24' 50" de latitude sul e 42° 11' 52" de longitude oeste, em uma área de 303.353 km². Os limites do município são: ao Norte Itaperuna e Laje do Muriaé. ao Sul Santo Antônio de Pádua, ao Leste São José de Ubá e a Oeste o município de Palma (MG).

**:: RELEVO**

O relevo é acidentado em toda sua extensão, destacando-se as seguintes elevações: Pontão de Santo Antônio, Pico do Morro Azul, Pico de Santa Maria, Pico Ricardo Simão, Pico do Gavião e as Serras do Sossego, da Cascata, Alto Caboré e a de Flores.

**:: CLIMA**

O clima é tropical, com as estações chuvosas no verão e seca no inverno. A precipitação média anual está em torno de 1.200mm de chuvas, sendo junho, julho, e agosto os meses mais secos (médias de 22,5mm/mês) e novembro, dezembro e janeiro, os meses mais chuvosos (média de 266,5mm/mês). As temperaturas são elevadas. Os meses mais quentes são dezembro, janeiro e fevereiro. Os meses mais frios são também os mais secos – junho, julho e agosto.

**:: SOLO E VEGETAÇÃO**

Os solos do município de Miracema são do tipo latos solo alaranjado, podzólico vermelho – amarelo, hidromórficos e associação latossolo alaranjado podzólico. Na vegetação predominam plantas rasteiras. As áreas de matas (Mata Atlântica) estão reduzidas a 9% da área do município.

:: **DADOS SOCIO-ECONÔMICOS**

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) trata-se de um indicador composto por três variáveis referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre 0 e 1 e valores mais altos indicam melhores condições de vida. O município de Miracema possui atualmente um índice de desenvolvimento

humano (IDH) de 0,733.

**:: A EDUCAÇÃO NO MUNICÍPIO**

O município de Miracema disponibiliza atualmente educação básica gratuita do Pré-primário ao Ensino Médio.

*Na tabela abaixo podemos verificar a proporção da população alfabetizada por faixa etária do município de Miracema:*

**Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária**

| Faixa Etária | 1991 | 2000 |
|---|---|---|
| 5 a 9 | 42,4 | 57,4 |
| 10 a 14 | 85,8 | 96,8 |
| 15 a 19 | 89,2 | 96,4 |
| 20 a 49 | 84,0 | 90,8 |
| 50 e + | 60,9 | 68,6 |
| Total | 75,6 | 84,0 |

Fonte: IBGE/Censos

**:: A SAÚDE NO MUNICÍPIO**

O município de Miracema possua atualmente uma rede assistencial de saúde distribuídas em: 08 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Especialidades Médicas, 1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e 1 Pronto Socorro conforme tabela abaixo:.

**Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento Dez/2007**

| Tipo de estabelecimento | Público |
|---|---|
| Centro de saude/unidade básica de saude | 8 |
| Clinica especializada/ambulatório especializado | 1 |
| Consultório isolado | 1 |
| Posto de saude | 2 |
| Pronto socorro geral | 1 |
| Total | 13 |

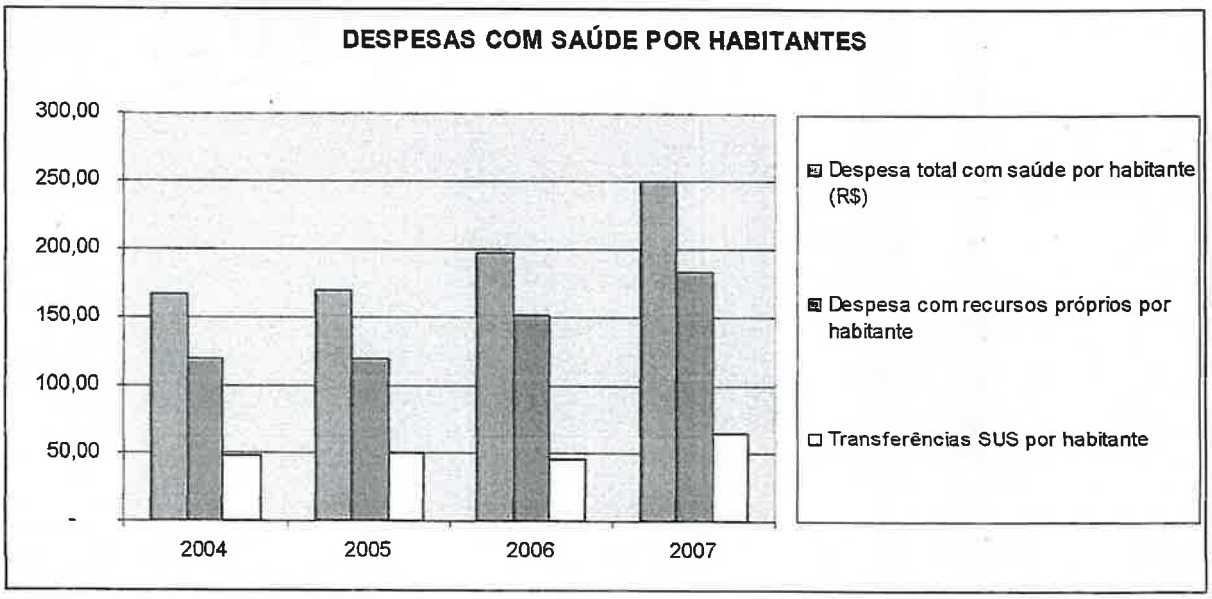
Fonte: CNES

**:: INVESTIMENTOS EM SAÚDE**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA159874
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82938-EEH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

Os investimentos em saúde do município de Miracema é um dos maiores do Estado do Rio de Janeiro e da Microrregião de Santo Antônio de Pádua, chegando em 2007 ao valor de R$ 249,38 por habitante o que representa em números mais de 26% dos *investimentos totais em saúde financiados com Recursos Próprios*.

No gráfico abaixo podemos observar a evolução dos investimentos em saúde realizados pelo município durante os anos de 2004 à 2007:




*FONTE: SIOPS*

**:: SANEAMENTO BÁSICO**

Em se tratando de saneamento básico, é preciso que se tenha em mente a definição de saúde e alguns princípios básicos de saúde. De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde aceita pela maioria dos países, saúde é o completo bem *estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.*

Muitas e variadas podem ser as causas das doenças. Algumas próprias do organismo, ou seja, internas por defeito na constituição ou por razões hereditárias. Mas a maioria e as mais freqüentes são as causas externas, são as que procedem do meio físico ou biológico.

*Para a Organização Mundial de Saúde, o saneamento básico é o meio de* controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeito deletério sobre seu bem estar físico, mental e social.

Nas tabelas abaixo temos um retratos das condições de saneamento básico

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198875
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-4140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES PARA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo ECRJ20230.JFN1 Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

existente no município:

**Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água**

| Abastecimento Água | 1991 | 2000 |
|---|---|---|
| Rede geral | 79,3 | 86,8 |
| Poço ou nascente (na propriedade) | 18,6 | 12,5 |
| Outra forma | 2,1 | 0,7 |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

**Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária**

| Instalação Sanitária | 1991 | 2000 |
|---|---|---|
| Rede geral de esgoto ou pluvial | 72,1 | 79,3 |
| Fossa séptica | 6,7 | 4,3 |
| Fossa rudimendar | 5,1 | 2,7 |
| Vala | 4,5 | 7,9 |
| Rio, lago ou mar | - | 3,3 |
| Outro escoadouro | 2,6 | 0,5 |
| Não sabe o tipo de escoadouro | 0,1 | - |
| Não tem instalação sanitária | 8,9 | 2,0 |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

**Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo**

| Coleta de lixo | 1991 | 2000 |
|---|---|---|
| Coletado | 75,7 | 89,0 |
| Queimado (na propriedade) | 12,3 | 9,2 |
| Enterrado (na propriedade) | 0,5 | 0,2 |
| Jogado | 10,7 | 1,3 |
| Outro destino | 0,7 | 0,3 |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

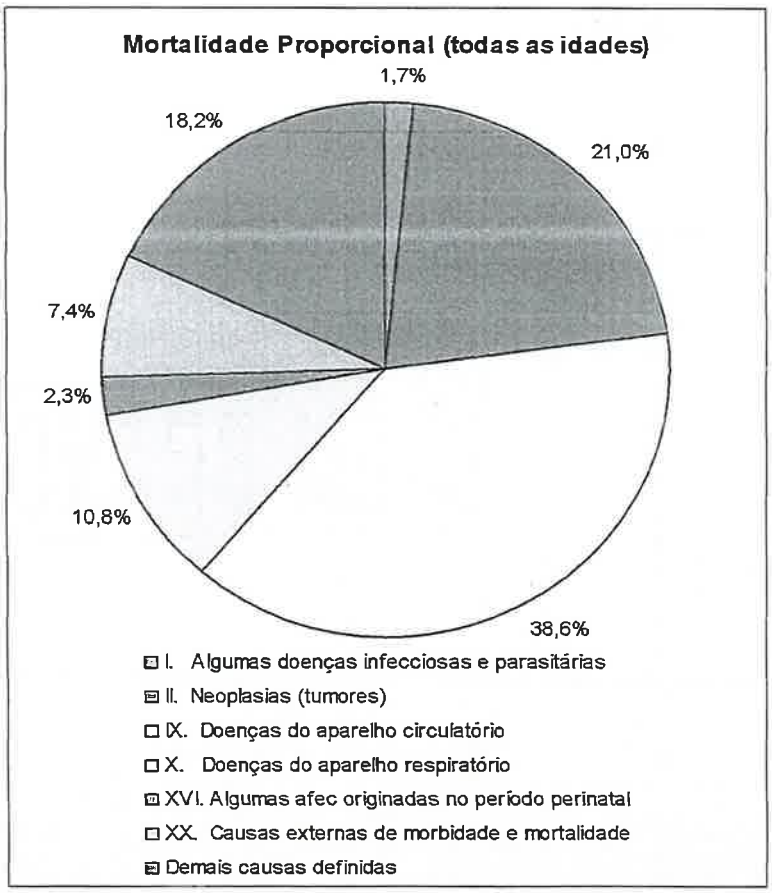
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 126, GL Fórum Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20º R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,91
Selo: EENE82940-DHD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

## :: NATALIDADE, MORTALIDADE E MORBIDADE

A Taxa de Natalidade registrada no município de Miracema foi de 14,8 no ano de 2006 com um número de 421 nascidos vivos conforme tabela histórica abaixo:

| Informações sobre nascimento | | | |
|---|---|---|---|
| **Condições** | **2004** | **2005** | **2006** |
| Número de nascidos vivos | 443 | 429 | 421 |
| Taxa Bruta de Natalidade | 15,9 | 15,2 | 14,8 |
| Fonte: SINASC | | | |

A Taxa de Mortalidade apresentada pelo município de Miracema está entre as mais baixas do Estado, aproximadamente 6,9 por cada 1.000 habitantes no ano de 2006, segundo o próprio Ministério da Saúde, o que demonstra os resultados dos grandes investimentos realizados em saúde nos últimos anos pelo município.




CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leões, 222 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
Selo: EEN82941-BNE Consulte em http://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

A Taxa de mortalidade infantil do município de Miracema é também uma das

menores do Estado do Rio de Janeiro, 11,9 por cada 1.000 nascidos vivos conforme tabela abaixo:

| Proporção de Óbitos Infantis | | | |
|---|---|---|---|
| **Indicadores de Mortalidade** | **2000** | **2001** | **2002** |
| Total de óbitos | 184 | 223 | 198 |
| Total de óbitos infantis | 4 | 8 | 5 |
| Nº de óbitos infantis por causas mal definidas | - | - | - |
| % de óbitos infantis no total de óbitos * | 2,2 | 3,6 | 2,5 |
| % de óbitos infantis por causas mal definidas | - | - | - |
| Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos ** | 9,0 | 18,6 | 11,9 |

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional
**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC
Fonte: SIM/SINASC

As principais causas de morbidade apresentadas pelo município de Miracema podem ser vistas através do gráfico abaixo, onde são apresentadas os grupos de causas – CID10.

**Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas CID10 - 2007**

| Capítulo CID | Total (%) |
|---|---|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 13,1 |
| II. Neoplasias (tumores) | 6,0 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 0,3 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 9,4 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0,3 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 4,8 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 0,2 |
| VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 0,0 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | **20,2** |
| X. Doenças do aparelho respiratório | **20,1** |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 6,7 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0,6 |
| XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 1,3 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 4,9 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 7,0 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 0,5 |
| XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 0,6 |
| XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 0,5 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 3,5 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | - |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | - |
| CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido | - |
| Total | 100,0 |
| FONTE: SIH/SUS | |

1º OFÍCIO DE JUSTIÇA Santo Antônio
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 TOTAL R$ 12,91
Selo EENE82943-DHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

## :: COBERTURA VACINAL

A vacinação sensibiliza o sistema imunológico do organismo, prevenindo o surgimento de doenças causadas por vírus e bactérias específicas. A cobertura vacinal do município de Miracema se apresenta dentro dos índices exigidos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

**Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico**
**Menores de 1 ano**

| Imunobiológicos | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|
| BCG (BCG) | 93,0 | 98,6 | 93,2 |
| Contra Febre Amarela (FA) | - | - | - |
| Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib) | - | - | - |
| Contra Hepatite B (HB) | 93,9 | 93,2 | 89,0 |
| Contra Influenza (Campanha) (INF) | 82,4 | 75,4 | 79,3 |
| Contra Sarampo | - | - | - |
| Dupla Viral (SR) | - | - | - |
| Oral Contra Poliomielite (VOP) | 133,6 | 99,1 | 111,0 |
| Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP) | 97,6 | 101,2 | 102,4 |
| Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP) | 97,3 | 99,2 | 98,9 |
| Oral de Rotavírus Humano (RR) | - | 45,7 | 76,5 |
| Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA) | 97,4 | 91,4 | 96,0 |
| Tríplice Bacteriana (DTP) | - | - | - |
| Tríplice Viral (SCR) | 96,2 | 88,6 | 82,8 |
| Tríplice Viral (campanha) (SCR) | - | - | |
| Totais das vacinas contra tuberculose | - | 98,6 | 93,2 |
| Totais das vacinas contra hepatite B | - | 93,2 | 89,0 |
| Totais das vacinas contra poliomielite | - | 99,1 | 111,0 |
| Totais das vacinas Tetra + Penta + Hexavanlente | - | 91,4 | 96,0 |
| Totais das vacinas contra sarampo e rubéola | - | 88,6 | 82,8 |
| Totais das vacinas contra difteria e tétano | - | 91,4 | 96,0 |

Fonte: SI/PNI




## :: REDE DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

A rede de assistência de saúde municipal conta com 53 leitos de internação distribuídos nas especialidades cirúrgicas, clínicas, complementares, obstétrica, pediátrica e outras, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

| Especialidade | Público | | Filantropico | | Privado | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Existentes | SUS | Existentes | SUS | Existentes | SUS |
| Cirúrgicos | - | - | 6 | 6 | 6 | 3 |
| Clínicos | - | - | 26 | 15 | 12 | 4 |
| Complementares | - | - | 9 | 4 | 4 | 2 |
| Obstétrico | - | - | 9 | 6 | 3 | 2 |
| Pediátrico | - | - | 6 | 6 | 2 | 1 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Outras Especialidades | - | - | 2 | 2 | - | - |
| Hospital/DIA | - | - | 1 | 1 | 2 | - |
| Total | - | - | 59 | 40 | 29 | 12 |

*Fonte:* CNES
Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento

Em sua rede assistêncial de saúde, o município conta ainda com diversos equipamentos de Raio-X, Ultrassom e outros à disposição de toda a população.

**EQUIPAMENTOS SEGUNDO CATEGORIAS SELECIONADAS**
**DEZ/2007**

| CATEGORIA | EXISTENTES | EM USO | DISPONÍV. AO SUS | EQUIP USO/ 100.000 HAB | EQUIP SUS/100.000 HAB |
|---|---|---|---|---|---|
| MAMÓGRAFO | - | - | - | - | - |
| RAIO X | 8 | 7 | 6 | 27,8 | 24,4 |
| TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO | - | - | - | - | - |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | - | - | - | - | - |
| ULTRASSOM | 10 | 9 | 8 | 34,8 | 31,3 |
| EQUIPO ODONTOLÓGICO COMPLETO | 11 | 11 | 10 | 38,3 | 38,3 |

FONTE: CNES

## :: ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

O município de Miracema disponibiliza aos munícipes uma ampla rede de assistência méduca ambulatorial, através das Unidades Básicas de Saúde e dos hospitais, mantendo um índice elevado de procedimentos por habitante conforme dados do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS:

| Valores Médios Anuais 2007 | |
|---|---|
| Nº de Procedimentos básicos por habitante: | 8,9 |
| Valor Procedimentos Especializados/habitante | 22,36 |
| Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante | 9,88 |

Fonte: SIA/SUS

## :: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O município de Miracema não possui um Hospital Municipal, porém são realizados anualmente grandes número de procedimentos ambulatoriais, internações, consultas especializadas e exames laboratoriais nos hospitais do município:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198880
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82944-BEI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA**




**NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADES (2007)**

| Especialidade | Número de Internações | % |
|---|---|---|
| Clínica cirúrgica | 215 | 9,6 |
| Obstetrícia | 160 | 7,1 |
| Clínica médica | 1.586 | 70,8 |
| Cuidados prolongados (Crônicos) | - | - |
| Psiquiatria | - | - |
| Tisiologia | - | - |
| Pediatria | 279 | 12,5 |
| Reabilitação | - | - |
| Psiquiatria - hospital dia | - | - |
| **Total** | 2.240 | 100,0 |

Fonte: SIH/SUS

Os valores médios por habitantes pagos pelas internações realizadas pelo município podem ser vistas na tabela abaixo extraída do SIH/SUS:

| Valores Médios Anuais 2007 | |
|---|---|
| *Internações/100 hab. (local de internação)* | 7,8 |
| Internações/100 hab. (local de residência) | 8,2 |
| Valor médio por habitante (R$): | 35,69 |

Fonte: SIH/SUS

**V** – QUADRO DE METAS E INDICADORES DE RESULTADO ESPERADOS PELO PRESENTE TERMO DE PARCERIA (ART. 10, § 2º, II DA LEI N.º 9.790/99)

| META | INDICADOR DE RESULTADO | INDICADOR FÍSICO | |
|---|---|---|---|
| | | UNIDADE | QTDE. |
| 1. REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS E URGÊNCIA E DE ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA 24 HORAS AOS USUÁRIOS DO | 1. NÚMERO DE ATENDIMENTO MÉDICOS | ATEND. | 1.500/MÊS |
| | 2. NUMERO DE ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM | ATEND. | 2.000/MÊS |
| | 3. NUMERO DE CIRURGIAS DE PEQUENA COMPLEXIDADE | CIRURG. | 5/MÊS |
| | 4. NÚMERO DE CURATIVOS REALIZADOS | CIRURG. | 200/MÊS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MIRACEMA. | 5. NÚMERO DE NEBULIZAÇÕES REALIZADOS | CURAT. | 100/MÊS |
| | 6. NÚMERO DE RETIRADA DE PONTOS | PROCED. | 3/MÊS |
| | 7. NÚMERO DE AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL REALIZADAS | ATEND. | 50/MÊS |
| | 8. NÚMERO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS EM VIAS PÚBLICAS | ATEND. | 10/MÊS |
| | 9. NÚMERO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS | INTERN. | 60/MÊS |
| | 10. NUMERO DE REMOÇÕES DE PACIENTES COM ACOMPANHAMENTO | REMOÇ. | 5/MÊS |
| 2. REALIZAÇÃO DE EXAMES DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARES E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MIRACEMA. | 1. NÚMERO DE EXAMES DE ELETROCARDIOGRAFIA | EXAMES | 15/MÊS |
| | 2. NÚMERO DE EXAMES RADIOLÓGICOS | EXAMES | 400/MÊS |
| | 3. NÚMERO DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS A PACIENTES | ATEND. | 1800/MÊS |
| | 4. NÚMERO DE MEDICAMENTOS INJETAVEIS ADMINISTRADOS | ATEND. | 3/MÊS |
| 3. REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS COMPLEMENTARES POR OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MIRACEMA. | 1. NÚMERO DE SESSÕES FISIOTERÁPICAS REALIZADAS | SESSÕES | 50/MÊS |
| 4. IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS, BEM COMO DE NOVAS TÉCNICAS E MECANISMOS DE TRABALHO. | 1. NÚMERO DE CURSOS, CAPACITAÇÕES E TREINAMENTOS REALIZADOS | CURSOS | 1/SEM. |
| | 2. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS CURSOS MINISTRADOS | ACOMP. | 1/MÊS |
| | 2. NÚMERO DE PROFISSIONAIS BENEFICIADOS | PROF. | 20/SEM. |
| | 3. NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS | PERCENT | > 70 |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo. EENE82946-HHH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
050389AA196882

**VI** – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS METAS DO TERMO DE PARCERIA (ART. 10, § 2º, II DA LEI N.º 9.790/99)

| Meta | Etapa | Especificação | Duração | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Início | Término |
| 1. REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS E URGÊNCIA E DE ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA 24 HORAS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MIRACEMA. | 1ª | REALIZAR ATENDIMENTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS; CIRURGIAS DE PEQUENA COMPLEXIDADE; CURATIVOS; PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS; TRANSFERÊNCIA E REMOÇÃO DE PACIENTES; ATENDIMENTOS A CHAMADAS DE EMERGÊNCIA EM VIAS PÚBLICAS, PROCEDER A INTERNAÇÕES DE PACIENTES E AINDA ATESTAR ÓBITO DENTRO OU FORA DA UNIDADE QUANDO FOR NECESSÁRIO, PREENCHENDO A RESPECTIVA DECLARAÇÃO DE ÓBITO. | 01/06/09 | 31/05/10 |
| 2. REALIZAÇÃO DE EXAMES DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARES E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MIRACEMA. | 2ª | PRESCREVER E REALIZAR EXAMES DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARES DE ELETROCARDIOGRAFIA E RADIOLOGIA; PRESCREVER E ADMINISTRAR MEDICAMENTOS AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS. | 01/06/09 | 31/05/10 |
| 3. REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTOS COMPLEMENTARES POR OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MIRACEMA. | 3ª | REALIZAR ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO E DO CENTRO MÉDICO. | 01/06/09 | 31/05/10 |

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023 JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EENE82947-EDN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA198883

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6. IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS, BEM COMO DE NOVAS TÉCNICAS E MECANISMOS DE TRABALHO. | 4ª | REALIZAR TREINAMENTOS, RECICLAGENS, EVENTOS CIENTÍFICOS E OUTRAS ATIVIDADES VISANDO A AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO PROJETOS PROPORCIONANDO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS UMA MELHOR QUALIDADE. | 01/06/09 | 31/05/10 |

**VII** – PREVISÃO DE RECEITAS, PREVISÃO DE DESPESAS E RECURSOS HUMANOS NESSÁRIOS PARA EXECUÇÃO DAS METAS DO TERMO DE PARCERIA (ART. 10, § 2º, IV DA LEI N.º 9.790/99)

1. Previsão de Receitas por categorias contábeis

Em se tratando o TERMO DE PARCERIA de prestação de serviços e apoio técnico complementar ao Programa Saúde da Família, os atendimentos realizados aos usuários do Sistema Único de Saúde, não serão cobrança ao munícipe, para tanto restando apenas o recebimento dos valores inerentes do repasse do Parceiro Público a OSCIP.

2. Previsão de Despesas por categorias contábeis

| Categoria de Despesa | Valor Previsto Mensal | Valor Previsto Global |
|---|---|---|
| **DESPESAS COM PESSOAL** | **R$ 71.114,56** | **R$ 853.374,72** |
| REMUNERAÇÃO | R$ 39.574,00 | R$ 474.888,00 |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 15.156,84 | R$ 181.882,08 |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 16.383,72 | R$ 196.604,64 |
| **DESPESAS OPERACIONAIS** | **R$ 5.449,43** | **R$ 65.393,16** |
| **TOTAL** | **R$ 76.563,99** | **R$ 918.767,88** |

3. Detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos

A planilha com o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos pela OSCIP aos profissionais envolvidos [illegible] arceria estão apresentados em Pla

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198884
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo EENE82948-ENI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1722

00700

**VIII** – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO TERMO DE PARCERIA (ART. 10, § 2º, III DA LEI N.º 9.790/99)

A avaliação de desempenho do TERMO DE PARCERIA será realizada pela Comissão de Avaliação, criada para acompanhar a execução do Projeto, através de Relatório de Atividades e dos quantitativos de atendimento prestados à população, de acordo com o Quadro de Metas e Indicadores de Resultados Esperados pelo presente TERMO DE PARCERIA.

**IX** – PRAZO DE EXECUÇÃO DO TERMO DE PARCERIA

O objeto do presente TERMO DE PARCERIA será executado no município de Miracema no período de 01 de junho de 2009 até 31 de maio de 2010.

**CLÁUSULA TERCEIRA**
DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Da **OSCIP**

a- executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

b– observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;

d- promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa oficial do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo [illegible] 3.100, de 30 de junho de 1999;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA D90589AA156865
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82949-NIE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

e – publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, *observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade,* economicidade e da eficiência;

f – indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

g – *movimentar os recursos financeiros, objeto deste* TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

II - Do PARCEIRO PÚBLICO

a – acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b – indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c – repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta.

d – publicar no Diário Oficial (União/Estado/Município) extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de Trinta dias *após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto n.º 3.100, de 30 de* junho de 1999;

e - criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois representantes do PARCEIRO PÚBLICO, um da **OSCIP** e um do Conselho de Política Pública (quando houver o Conselho de Política Pública);

f – prestar o apoio necessário à **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

g - fornecer todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação à este TERMO DE PARCERIA, nos termos do art. 17 do Decreto n.º *3.100, de 30 de junho de 1999;*

h – fornecer espaço físico para realização de todas as ações que assim necessitem, bem como material, medicamento, instrumentos e equipamentos que se fizerem necessários para realização das ações

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198886
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EENE82950-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

17

**CLÁUSULA QUARTA**
DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA:

I - O **PARCEIRO PÚBLICO** estimou o valor global de R$ R$ 918.767,88 (novecentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e sete reais e oitenta e oito centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 12 (doze) parcelas mensais no valor de R$ 76.563,99 (setenta e seis mil, quinhentos e sessenta e três reais e noventa e nove centavos), a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 76.563,99 | R$ 76.563,99 |
| 02 | 01/07/2009 | R$ 76.563,99 | R$ 153.127,98 |
| 03 | 01/08/2009 | R$ 76.563,99 | R$ 229.691,97 |
| 04 | 01/09/2009 | R$ 76.563,99 | R$ 306.255,96 |
| 05 | 01/10/2009 | R$ 76.563,99 | R$ 382.819,95 |
| 06 | 01/11/2009 | R$ 76.563,99 | R$ 459.383,94 |
| 07 | 01/12/2009 | R$ 76.563,99 | R$ 535.947,93 |
| 08 | 01/01/2010 | R$ 76.563,99 | R$ 612.511,92 |
| 09 | 01/02/2010 | R$ 76.563,99 | R$ 689.075,91 |
| 10 | 01/03/2010 | R$ 76.563,99 | R$ 765.639,90 |
| 11 | 01/04/2010 | R$ 76.563,99 | R$ 842.203,89 |
| 12 | 01/05/2010 | R$ 76.563,99 | R$ 918.767,88 |

**Subcláusula Primeira** – O **PARCEIRO PÚBLICO,** no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos **PARCEIROS**, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Subcláusula Segunda** – Os recursos repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

**Subcláusula Terceira** – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198867
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1170
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EENE82951-EEN Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

estabelecido no *caput* desta Cláusula, a **OSCIP** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO, tendo reconhecidas as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Programa de Trabalho.

**Subcláusula Quarta** – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

**Subcláusula Quinta** – As despesas ocorrerão à conta do orçamento vigente, do Fundo Municipal de Saúde de Miracema. As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos serem indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no *caput* desta Cláusula.

**Subcláusula Sexta** – A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela imediatamente anterior a última liberação, mediante apresentação dos documentos constantes dos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

## CLÁUSULA QUINTA
DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **OSCIP** elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) **ou** até 28 de fevereiro do exercício subseqüente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO.

**Subcláusula Primeira** – A **OSCIP** deverá entregar ao PARCEIRO PÚBLICO a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198888
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82952-EEI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007704

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP** e *referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo* responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Município, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV - parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA ( apenas para os casos em que o montante for maior ou igual a R$ 600.000,00 - seiscentos mil reais);

**Subcláusula Segunda** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II da Subcláusula anterior deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria **OSCIP**.

**Subcláusula Terceira** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela **OSCIP**, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

## CLÁUSULA SEXTA
DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira.

**Subcláusula Única** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao PARCEIRO PÚBLICO, até 60 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA SÉTIMA
DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES LAMA
ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo EENE82953-ENE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA198885

07705

**Subcláusula Primeira** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na apresentação de Programa de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Subcláusula Segunda** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplemento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

**Subcláusula Terceira** – Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto à **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

**Subcláusula Quarta** – Nas situações previstas nas Subcláusulas anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o **PARCEIRO PÚBLICO** deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.

## CLÁUSULA OITAVA
DA RESCISÃO

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA com prazo mínimo de sessenta dias de antecedência; e

II – unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a **OSCIP** perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

## CLÁUSULA NONA
DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198890
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 TOTAL R$ 12,91
Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

**CLÁUSULA DÉCIMA**
DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Miracema, 01 de junho de 2009.

**PARCEIRO PÚBLICO**
IVANY SAMEL
Prefeito Municipal de Miracema

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA198891
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82955-ENE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**TESTEMUNHAS:**

NOME: Marlene José Teixeira
ENDEREÇO: Av. Samil, 79
CPF N.º 630.734.457-00

NOME: Sirânia Paula
ENDEREÇO: Dona Bisma da Fon... 201-34
CPF N.º 103 673 717-90

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA**

CONTRATO

# PRIMEIRO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA N.º 003/2009, QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR as Cláusulas **Segunda -** DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS e **Quarta** – DOS RECURSOS FINANCEIROS do *Termo de Parceria n.º 003/2009, cujo objeto é a prestação de serviços médicos e de apoio* técnico ao Pronto Socorro e Centro de Saúde do Município de Miracema, respectivamente, para melhor adequação em função de ampliação nas ações do projeto.

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesas por categorias contábeis e Detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos ficam alteradas nos seguintes termos:

2. Previsão de Despesas por categorias contábeis

| DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 1.186.339,11 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 670.432,91 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 279.001,74 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 236.904,46 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 77.997,62 |
| | **TOTAL** | **R$ 1.264.336,73** |

3. Detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos

A planilha com o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos pela OSCIP aos profissionais envolvidos na execução da presente parceria estão apresentados em Planilha de Custos em anexo ao Termo Aditivo.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA196892
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EENE82956-EBI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1730

CC 2708

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 1.264.336,73 (Um milhão, duzentos e sessenta e quatro mil, trezentos e trinta e três reais e setenta e três centavos), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 76.563,99 | R$ 76.563,99 |
| 02 | 01/07/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 184.543,33 |
| 03 | 01/08/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 292.522,67 |
| 04 | 01/09/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 400.502,01 |
| 05 | 01/10/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 508.481,35 |
| 06 | 01/11/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 616.460,69 |
| 07 | 01/12/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 724.440,03 |
| 08 | 01/01/2010 | R$ 107.979,34 | R$ 832.419,37 |
| 09 | 01/02/2010 | R$ 107.979,34 | R$ 940.398,71 |
| 10 | 01/03/2010 | R$ 107.979,34 | R$ 1.048.378,05 |
| 11 | 01/04/2010 | R$ 107.979,34 | R$ 1.156.357,39 |
| 12 | 01/05/2010 | R$ 107.979,34 | R$ 1.264.336,73 |

As Subcláusulas da supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Miracema/RJ, 30 de junho de 2009.

**PARCEIRO PÚBLICO**
IVANY SAMEL
Prefeito Municipal de Miracema

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198893
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário : FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES MARIA - ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82957-NGI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA**

CORREIO

# SEGUNDO TERMO ADITIVO

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

SEGUNDO TERMO ADITIVO DO TERMO DE PARCERIA N.º 003/2009, QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto ALTERAR as Cláusulas **Segunda -** DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS e **Quarta –** DOS RECURSOS FINANCEIROS do *Termo de Parceria n.º 003/2009, cujo objeto é a prestação de serviços médicos e de apoio* técnico ao Pronto Socorro e Centro de Saúde do Município de Miracema, respectivamente, para melhor adequação em função de ampliação nas ações do projeto.

**I** - A Cláusula Segunda aditada em seu item Previsão de Despesas por categorias contábeis e Detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos ficam alteradas nos seguintes termos:

2. Previsão de Despesas por categorias contábeis

| **DEMOSTRATIVO DA PREVISÃO DE DESPESAS** | | |
|---|---|---|
| CATEGORIAS CONTABEIS | PREVISÃO DE GASTOS | |
| GASTOS COM PESSOAL | | R$ 1.256.480,19 |
| REMUNERAÇÃO | R$ 711.002,51 | |
| ENCARGOS SOCIAIS | R$ 294.539,86 | |
| PROVISÕES SALARIAIS | R$ 250.937,82 | |
| CUSTO OPERACIONAL | | R$ 77.997,62 |
| | **TOTAL** | **R$ 1.334.477,81** |

3. Detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos

A planilha com o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos pela OSCIP aos profissionais envolvidos na execução da presente parceria estão apresentados em Planilha de Custos em anexo ao Termo Aditivo.

**II** - A Cláusula Quarta aditada fica alterada nos seguintes termos:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA198884
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: FABRICIO
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo EENE82958-EEH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de R$ 1.334.477,81 (Um milhão, trezentos e trinta e quatro mil, quatrocentos e setenta e sete reais e oitenta e um reais), a ser repassado à **OSCIP** em parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

a) O cronograma de desembolso seguirá como abaixo especificado, ressalvado se a data do mesmo incidir nos sábados, domingos ou feriados, quando então será realizado no dia útil antecedente.

| PARCELAS | DATA | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 01 | Na assinatura do Termo de Parceria | R$ 76.563,99 | R$ 76.563,99 |
| 02 | 01/07/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 184.543,33 |
| 03 | 01/08/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 292.522,67 |
| 04 | 01/09/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 400.502,01 |
| 05 | 01/10/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 508.481,35 |
| 06 | 01/11/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 616.460,69 |
| 07 | 01/12/2009 | R$ 107.979,34 | R$ 724.440,03 |
| 08 | 01/01/2010 | R$ 107.979,34 | R$ 832.419,37 |
| 09 | 01/02/2010 | R$ 125.514,61 | R$ 957.933,98 |
| 10 | 01/03/2010 | R$ 125.514,61 | R$ 1.083.448,59 |
| 11 | 01/04/2010 | R$ 125.514,61 | R$ 1.208.963,20 |
| 12 | 01/05/2010 | R$ 125.514,61 | R$ 1.334.477,81 |

As Subcláusulas da supra mencionada não sofrerão qualquer alteração.

## AS DEMAIS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

As demais cláusulas contratuais originariamente estipuladas no Termo de Parceria para o programa em questão ficam inalteradas, em especial no que tange à prestações de contas, avaliação de resultados, vigência, rescisão, modificação e foro competente.

Miracema/RJ, 29 de janeiro de 2010.

**PARCEIRO PÚBLICO**
IVANY SAMEL
Prefeito Municipal de Miracema

**OSCIP**
DENNER ORNELLAS CORTAT
Diretor Geral
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : FABRICIO.
Santo Antonio de Padua-RJ, 17/05/2023. JANIO ALVES FARIA
ESCREVENTE
20% R$ 1,18 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EENE82959-INI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

invisa
instituto
vida e saúde

# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS
# CAPACIDADE GERENCIAL

# EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE UNIDADES

# 4. Comprovação de Gestão de UPA'S

1734

PREFEITURA MUNICIPAL DE
ALMIRANTE TAMANDARÉ

# ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Atesto para os devidos fins de direito que o **INVISA – INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, com sede à rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, **CNPJ nº 05.997.585/0001-80**, celebrou com o município de **Almirante Tamandaré/PR** desde 01/11/2011 até a data vigente os Termos de Parceria nº 007/2011 e 004/2018, para operacionalização e execução do Projeto **"PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS"**, devidamente vinculado ao **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**, neste município, em caráter complementar às ações da Secretaria de Saúde, tendo sua prestação de serviços executada nas perfeitas condições técnicas, operacionais e satisfatórias, nada constando em nossos registros que possa desabonar seu desempenho.

Almirante Tamandaré/PR, 01 de julho de 2023.

NOTAS TAMANDARÉ

João Gustavo Kepes Noronha
Secretário Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré/PR

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203620
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CUSTINADOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35436-OCO Consulte em https://www.erjrj.jus.br/sitepublico.

Tabelionato de Notas de Almirante Tamandaré
COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA - PR
Assuero Rodrigues Neto - Tabelião
Av. Emílio Johnsson, 323 - Centro - CEP 83501-000 - Almirante Tamandaré - PR - Fone: (41) 3699-1400
Selo Digital Nº SFTN1EGqLbMhlYbvWdMl1327q
Valide esse selo em http://selo.funarpen.com.br/consulta
Reconheço por Semelhança a firma indicada de JOAO GUSTAVO KEPES NORONHA. "0044"
F7XZQZGZK714257-98" Dou fé Almirante Tamandaré-PR, 21 de julho de 2023.
Em Testº da Verdade
Dayane Mileke Apolinario - Escrevente
CARTÓRIO DE TAMANDARÉ

1735

007713

# TERMO DE PARCERIA

**TERMO DE PARCERIA Nº. 001/2011, QUE CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE, COMO ABAIXO SE DECLARA.**

Pelo presente instrumento, nesta cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, comparecem as partes, justas e contratadas, a saber, de um lado, na qualidade de contratante, o **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** com **CNPJ Nº 76.105.659/0001-74,** representado neste ato pelo Prefeito Municipal o Sr. **VILSON ROGÉRIO GOINSKI,** e de outro lado, na qualidade de Parceira Privada, a OSCIP **INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com **CNPJ** nº **05.997.585/0001-80,** estabelecida na Rua Hermete Silva, 49 – Centro, tel. (22) 3851-2901, web site: www.invisa.org.br, CEP 28470-000 – Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor DENNER ORNELLAS CORTAT, portador do RG nº 93.1.03907-0/ CREA/RJ e CPF (MF) nº 868.424.557-15. Pelas partes é dito que o presente termo é celebrado em decorrência do Procedimento Administrativo **Licitatório nº. 003/2010**, na modalidade **CONCORRENCIA PÚBLICA**, por meio da qual a entidade foi declarada vencedora e lhe foi homologado o objeto do presente termo de parceria. E, assim sendo, firmam o presente termo de parceria nos termos que segue:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203647
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE

Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 15,90
Selo: EEOK35403-EDC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO Santo Antônio de Pádua

007714

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

**1.** O presente Termo de Parceria tem por objetivo a operacionalização e a execução do projeto "Pronto Atendimento 24 Horas" na Unidade de Saúde situada no bairro Cachoeira, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO PROGRAMA DE TRABALHO

**2.** O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados e a previsão de receitas e despesas, na forma dos incisos III e IV do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.790, constam no Programa de Trabalho proposto pela OSCIP e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o qual constitui parte integrante deste Termo de Parceria, independentemente de sua transcrição.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DA OSCIP

**3.** São responsabilidades e obrigações do Parceiro Privado, além de outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Executar fielmente todas as ações previstas no Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade dos serviços prestados;

II - Aplicar os recursos financeiros exclusivamente para o cumprimento das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho que faz parte integrante do presente Termo;

III - Facilitar a supervisão e fiscalização pelo Parceiro Público e pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, permitindo-lhe, inclusive, o acompanhamento *in loco* e fornecendo, sempre que solicitadas, os com a execução dos objetivos

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203648
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,98
Selo: EEOK35404-EDD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

propostos com o presente termo de cooperação;

IV - Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do **PARCEIRO PÚBLICO**, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

V - Responsabilizar-se pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes;

VI- Responder, única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes do objeto, tais como impostos, taxas, contribuições fiscais, previdenciárias, trabalhistas, fundiárias; enfim, por todas as obrigações e responsabilidades, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas no presente termo de parceria.

VII - Publicar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura deste Termo de Parceria, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

VIII - Indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos, cujo nome constará do extrato deste Termo de Parceria a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IX - Movimentar os recursos financeiros, objeto deste Termo de Parceria, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO;**

X – Responder civil e criminalmente por todos e quaisquer danos pessoais, materiais ou morais ocasionados à administração e/ou a terceiros, na execução do objeto da presente licitação, isentando o Município de toda e qualquer responsabilidade.

sabilidade pela boa execução e

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203649
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total: R$: 12,59
Selo: EEOK35405-JEK Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

007716

eficiência dos serviços que efetuar, bem como, pelos danos decorrentes da realização dos mesmos.

XII - Entregar ao parceiro público, **até a data convencionada no parágrafo primeiro da CLÁUSULA QUINTA**, sob pena de suspensão do repasse nos termos da CLÁUSULA SEXTA, parágrafo primeiro deste Termo de Parceria, os seguintes documentos:

a) Extrato bancário da Conta Corrente mencionada na CLÁUSULA QUARTA, inciso II deste Termo de Parceria;

b) Folha de pagamento do pessoal;

c) Comprovante de quitação de Encargos Trabalhistas e Previdenciários, correspondente ao mês anterior;

d) planilha detalhada de atendimentos realizados e folha diária de comparecimento do pessoal responsável pela execução do Projeto.

e) relatório detalhado de despesas com o projeto, incluindo os gastos com o custo operacional.

f) relatório das ações realizadas.

XIII - Providenciar que seus empregados cumpram rigorosamente as **Determinações e Instruções emanadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela legislação vigente**;

XIV - Responsabilizar-se por todos os ônus e obrigações concernentes à **Legislação Fiscal, Social, Securitária, Trabalhista, Tributária, bem como pelos danos e prejuízos que a qualquer título causar a SMS ou a terceiros,** em decorrência da execução dos serviços contratados;

XV - A Unidade de Saúde 24 horas deverá manter seu funcionamento de forma ininterrupta, **Independente das Faltas ou Ausências dos Funcionários** (cabendo a OSCIP substituí-los), considerando que somente a Secretaria Municipal de Saúde poderá determinar o fechamento do estabelecimento;

XVI - A OSCIP vencedora deverá aceitar integralmente todos **erificação e Controle** a serem

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203650
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,00
Selo: EEOK35406-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

adotados pelo município de Almirante Tamandaré.

XVII - O TERMO DE PARCERIA efetuado através do Município de Almirante Tamandaré em nada restringe a **Responsabilidade Única, Integral e Exclusiva** da OSCIP vencedora no que se refere à perfeita execução dos serviços e às suas conseqüências e implicações.

XVIII - A OSCIP vencedora deverá fornecer, para controle de freqüência de seus funcionários, **Registro de Freqüência, realizado através de ponto biométrico (os equipamentos necessários para isto deverão ser disponibilizados pela OSCIP vencedora)**.

**Parágrafo Primeiro:** Considera-se para fins de comprovação do disposto no inciso XI, alínea "c" desta cláusula, a GFIP (Guia de Recolhimento do FTGS e Informações à Previdência Social) referente à competência do mês anterior ao período objeto do repasse, compreendendo todos os funcionários contratados para o desenvolvimento das atividades de implantação e desenvolvimento do Programa de Trabalho Aprovado (Pronto Atendimento 24 Horas).

**Parágrafo Segundo:** Além da documentação prevista anteriormente, a OSCIP deverá encaminhar, bimestralmente, cópia das planilhas de Transferências Voluntárias (DAT), devidamente preenchidas ao amparo da Resolução nº 03/2006 e da Instrução Normativa nº 27/2008 oriundas do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, pertinentes ao desenvolvimento do Programa de Trabalho Aprovado (Pronto Atendimento 24 Horas).

**Parágrafo Terceiro:** A OSCIP deverá apresentar os Profissionais de Saúde à Coordenação do Posto 24 horas no prazo máximo de 5 (cinco) dias, a contar da assinatura deste termo de compromisso;

**Parágrafo Quarto:** Os danos causados direta ou [illegible]eiros, em virtude de culpa ou

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203651
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DO RIO SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOK35407-EJO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1710

dolo na execução do Termo de Parceria, independente de ocorrerem ou não em ares correspondentes à natureza de seus trabalhos, serão de responsabilidade do parceiro privado.

**Parágrafo Quinto:** As despesas com deslocamento de pessoal para realização do serviço correrão por conta da OSCIP.

## CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DO MUNÍCIPIO DE ALMIRANTE TAMANADARÉ:

**4.** São responsabilidades e obrigações do Parceiro Público Município de Almirante Tamandaré, além de outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I - Gerir, acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste Termo de Parceria, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

II - Indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste Termo de Parceria;

III – Disponibilizar os equipamentos de proteção individual – EPIs às equipes alocadas no referido programa, conforme o caso;

IV - Repassar os recursos financeiros à **OSCIP**, nas condições estabelecidas na CLÁUSULA SEXTA deste Termo de Parceria, sendo que em caso de atraso no repasse por parte do Município e conseqüente oneração no custo do projeto, tais valores e decorrentes obrigações são de responsabilidade do Parceiro Público;

V - Publicar no Jornal Oficial do Município extrato deste Termo de Parceria e de seus aditivos, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100 de 30 de junho de 1999;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203652
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,50
Selo: EEOK35408-ECE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

CONFERE

VI - Criar Comissão de Avaliação para este Termo de Parceria, composta por 02 (dois) representantes do **PARCEIRO PÚBLICO**, 01 (um) da **OSCIP** e 01 (um) do Conselho de Política Pública da respectiva área de atuação, para a análise e verificação dos resultados obtidos com a finalização do presente termo, conforme artigo 11 § 1° da Lei nº 9.790/1999.

VII - Prestar o apoio necessário a **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste Termo de Parceria em toda sua extensão;

VIII - Fornecer ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação a este Termo de Parceria, nos termos do art. 17 do Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999.

**Parágrafo Primeiro:** Competirá à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, a supervisão e a gestão de referido termo de Parceria e a fiscalização do cumprimento dos objetivos propostos no Plano de Trabalho que integra o presente termo.

**Parágrafo Segundo:** Para o acompanhamento e supervisão dos objetivos propostos no presente Termo de Parceria, a Secretaria Municipal de Saúde colocará dois servidores de seu quadro, sendo vedado o pagamento de qualquer vantagem pecuniária a tais funcionários, com recursos provenientes deste Termo de Parceria.

**Parágrafo Terceiro:** O município de Almirante Tamandaré reserva-se ao direito de, a qualquer momento, solicitar a troca (por escrito) de qualquer Profissional de Saúde que não se enquadre nas exigências do presente termo de compromisso.

## CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203653
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 42,51
Selo: EEOK35409-EKO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**5.** Para o cumprimento das metas estabelecidas neste Termo de Parceria o **PARCEIRO PÚBLICO** estimou o valor global de **R$ 2.513.297,19 (dois milhões, quinhentos e treze mil, duzentos e noventa e sete reais e dezenove centavos** a ser depositado em conta corrente específica do projeto indicada pelo Parceiro Público.

**5.1** A OSCIP deve proceder a Controle de Jornada no período compreendido entre o dia 21 do mês até o dia 20 do próximo mês, tendo em vista os encargos sociais serem calculados em regime de competência, com o compromisso de cumprir com as exigências legais perante o quadro de profissionais, cuja contratação é regida pela CLT, e o pagamento deve ser até o 5º (quinto) dia útil do mês subseqüente.
Para a modalidade de contratação dos médicos aplicam-se os mesmos prazos.

**5.2** A OSCIP deverá apresentar toda a documentação necessária**, até o dia 24 de cada mês,** para repasse dos recursos financeiros até o 4º. dia útil do mês subseqüente, pois isto propiciará:

I - Pagamento dos salários aos profissionais, dentro do prazo exigido por lei, ou seja, até o 5º. dia útil do mês seguinte, eximindo as partes de pendências trabalhistas;

II - Recolhimento dos encargos sociais (INSS, FGTS e PIS e eventual Imposto de Renda) no regime de competência;

III - Todo e qualquer evento que implique em faltas, atrasos ou horas-extras, ou alteração do valor já pago no mês corrente, serão processados no mês subseqüente, sem prejuízos ao colaborador nem ao Parceiro Público.

IV - A **Fatura de pagamento da OSCIP** deverá ser devidamente discriminada e atestada pelos **Responsáveis pela**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203654
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51.
Selo EEOK35410-JKO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/sr.aspx

007121

**Fiscalização de Execução das Atividades** designados pela Administração

**Parágrafo Único:** A OSCIP deverá encaminhar o respectivo Recibo concernente às parcelas repassadas até dia 24 (vinte e quatro) de cada mês, **acompanhada dos documentos indicados no inciso XII da CLÁUSULA TERCEIRA** e parágrafos primeiro e segundo.

## CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

**6.** O repasse à **OSCIP** dos recursos financeiros dispostos na CLÁUSULA QUINTA será efetivado em conformidade com o cronograma apresentado:

**Parágrafo Primeiro:** O repasse e os valores referidos nesta CLÁUSULA SEXTA, fica condicionado à apresentação da documentação nos termos da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso XII, parágrafos primeiro e segundo.

**Parágrafo Segundo:** Poderá ocorrer diminuição dos valores a serem repassados, caso haja a ocorrência de faltas e a não substituição do respectivo funcionário, por profissional igualmente habilitado, para o desenvolvimento das atividades de operacionalização e execução do Programa Pronto Atendimento 24 Horas, desempenhados pelo funcionário faltoso.

**Parágrafo Terceiro:** Caso haja redução do quadro de pessoal para a execução das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho, o valor do repasse poderá será ajustado de forma proporcional ao número de funcionários que estejam efetivamente em atividade, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos ao presente Termo de Parceria.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA CUSTEIO



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203655
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12
Selo: EEOK35411-DDE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

007722

**DO PRESENTE TERMO DE PARCERIA**

**7.** As despesas ocorrerão por intermédio da seguinte dotação orçamentária:

| Dotação | Descrição |
|---|---|
| 09.01 | Secretaria Municipal da Saúde |
| 10.301.0015.2.075 | Serviços de Saúde Pública |
| 3.3.90.39.00 | Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica |

**Parágrafo Primeiro:** Em caso de necessidade de alteração do valor global do Termo de Parceria, em virtude de atendimento às disposições legais ou normas convencionais como Convenções Coletivas de Trabalho, Dissídios Coletivos, Acordos Coletivos, o valor global poderá ser redimensionado, observando-se os limites quantitativos previstos na Lei 8666/93, condicionada à prévia existência de disponibilidade orçamentária.

**Parágrafo Segundo:** No caso de necessidade urgente de contratação, substituição ou reposição de profissionais que ocasionem alterações no equilíbrio financeiro do projeto, objeto deste Termo de Parceria, o valor global poderá ser alterado, mediante a conveniência e a oportunidade do Parceiro Público, atentando-se aos limites legais previstos na Lei 8666/93.

## CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO

**8.** Nos termos da CLÁUSULA QUARTA, Parágrafo Primeiro, deste Termo de Parceria, caberá à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, nos termos do artigo 11 da Lei nº 9790/99 acompanhar e fiscalizar, mensalmente, a execução dos objetivos propostos no Programa de Trabalho.

**8.1** Para fins de acompanhamento e fiscalização do Termo de Parceria, o chefe do Poder Executivo Municipal instituirá, através de Portaria, uma

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203656
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35412-ECA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1745

Comissão de Fiscalização e Acompanhamento, órgão de controle interno, sendo constituída por, no mínimo, 7 (sete) integrantes, da seguinte forma:

a) 2 (dois) servidores da Secretaria Municipal de Saúde;

b) 2 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde;

c) 1 (um) servidor da Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos;

d) 1 (um) servidor da Secretaria Municipal de Fazenda;

e) 1 (um) servidor do Departamento de Controladoria;

**8.2** Competirá à Comissão de Fiscalização e Acompanhamento analisar, mensalmente, antes de autorizar o repasse dos recursos à OSCIP, a documentação encaminhada pela entidade, na forma estabelecida na Cláusula Terceira, alínea XII, parágrafos primeiro e segundo deste Termo de Parceria,

**8.3** Cada membro da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento terá um respectivo suplente.

## CLÁUSULA NONA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

**9.** A **OSCIP** elaborará e apresentará ao **PARCEIRO PÚBLICO** prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até 60 (sessenta) dias após o encerramento da vigência do Termo. A Prestação de Contas deverá ser entregue instruída com os seguintes documentos:

I - Relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II - Demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos [illegible] **OSCIP** e referentes ao objeto deste TERMO

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203657
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA JOSE SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,90
Selo: EEOK35413-AAE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico



1746

DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

III - Extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial Município, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100 de 30 de junho de 1999;

IV - Parecer e relatório de auditoria elaborado pela Comissão de Avaliação tratada na CLÁUSULA QUARTA, inciso VI, do presente Termo.

**Parágrafo Único:** Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata a CLÁUSULA NONA, inciso II, desse Termo de Parceria, deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por no mínimo cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles próprios da entidade.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

**10.** Os resultados atingidos ao término do presente TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na CLÁUSULA QUARTA, inciso VI, deste Termo de Parceria.

**Parágrafo Único:** A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na CLÁUSULA SEGUNDA e o encaminhará ao PARCEIRO PÚBLICO, até 30 (trinta) dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA

**11.** A avaliação das ações na Unidade de Pronto Atendimento 24 [illegible] da pelo Executivo Municipal

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203658
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-[illegible]
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35414-ECE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1747

00 7125

através de Portaria, e será composta, no mínimo, por dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante da OSCIP e um representante do Conselho Municipal de Saúde.

**11.1** Todos os atendimentos, serviços e procedimentos serão registrados em formulário elaborado pela equipe técnica da SMS.

**11.2** A avaliação considerará a qualidade do atendimento e o alcance das metas, informando ao executor os ajustes necessários, e acordando, em tempo e forma exequivel, as melhorias.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

**12.** O presente TERMO DE PARCERIA terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura das partes.

**12.1** Os prazos de execução e de vigência poderão ser prorrogados, a critério da Administração, tendo por fundamento as disposições contidas no art. 57º, da Lei 8.666/93, alíneas I e II, condicionado à existência de disponibilidade orçamentária e desde que persistam as condições de vantajosidade e eficiência com a continuação da Parceria para a Administração Pública.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO

**13.** O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido, antes do término do prazo de vigência, por acordo entre as partes ou administrativamente, mediante comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, independentemente das demais medidas cabíveis e nas seguintes situações:

I - Se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203609
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12
Selo: EEOK35415-KAC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1748

007126

II - Unilateralmente, pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a entidade perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

**Parágrafo Único**: Também poderá ocorrer a rescisão do Termo de Parceria por conveniência da Administração Pública, a qualquer tempo, mediante notificação prévia no prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA MODIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DESTE TERMO

**14.** Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

**14.1** O presente termo de parceria se regerá pelas cláusulas e disposições aqui expressas; pelas disposições constantes do edital de licitação, projeto e demais anexos, pelas disposições contidas na Lei 8.666/93 com as alterações dela decorrentes; e, ainda, pelas demais disposições legais que se verificarem aplicáveis à espécie de seu objeto, por mais especiais que sejam e mesmo que aqui ou na minuta do termo de parceria, mencionadas.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO DE ELEIÇÃO

**15.** Fica eleito o Foro Regional de Almirante Tamandaré da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba - Estado do Paraná, para dirimir qualquer ...não possam ser resolvidas

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203660
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 8,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35416-EOK Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0077727

administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 02 (duas) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Almirante Tamandaré, 07 de janeiro de 2011.

**VILSON ROGÉRIO GOINSKI**
**Prefeito Municipal**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE**

**LUCIANO BUGALSKI**
**Secretário Municipal de Saúde**

**Testemunhas:**

**Nome: Sandra Maria Cumin Ferro**
**RG: 5.029.870-1/PR**

**Nome: Ana Claudia Terrinha da Silva Sopa**
**RG: 5.798.462-7/PR**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203681
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3852-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,51
Selo: EEOK35417-KEE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico

1750

007128

# TERMO DE PARCERIA nº 005/2011

**(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99 e Art. 8º do Decreto n.º 3.100, de 30.6.99)**

TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.

**PARCEIRO PÚBLICO**: **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, com sede na Emílio Johnson, 360, no Município de Almirante Tamandaré/PR, CNPJ n.º 76.105.659/0001-74 representada pelo Prefeito Municipal VILSON ROGÉRIO GOINSKI, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 4.694.817-3/PR, inscrito no CPF/MF nº 780.586.009-20, residente e domiciliado na Rua Luiz Bugalski, nº 357, Lamenha Grande, Almirante Tamandaré, Estado do Paraná.

**PARCEIRO PRIVADO: INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, com sede na Rua Hermete Silva, 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Estado do Rio de Janeiro, doravante denominada **OSCIP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ n.º 05.997.585/0001-80, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, neste ato representada na forma de seu estatuto por DENNER ORNELLAS CORTAT, brasileiro, casado, CPF nº 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Cel. Pitta de Castro, n.º 277 Sobrado, Centro, Itaocara, Estado do Rio de Janeiro.

As partes acima qualificadas, com fundamento no que dispõem a Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090569AA203692
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,9
Selo: EEOK35418-EHE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

00[illegible]29

## CLÁUSULA PRIMEIRA
## DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto e finalidade a execução do Projeto **"Pronto Atendimento 24 Horas na Unidade de Saúde Cachoeira"**, que se realizará, em caráter complementar, por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

**Parágrafo Único** - O Programa de Trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

## CLÁUSULA SEGUNDA
## DO PROGRAMA DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados e a previsão de receitas e despesas, na forma dos incisos III e IV do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.790, constam no Programa de Trabalho proposto pela **INVISA** e aprovado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** que constitui parte integrante deste Termo de Parceria, independentemente de sua transcrição (**Anexo II**).

## CLÁUSULA TERCEIRA
## DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

I – **DA PARCEIRA PRIVADA**

a- executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
090589AA203663
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ. - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,51
Selo: EEOK35419-OEI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/RJ

b– observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c - Aplicar os recursos financeiros exclusivamente para o cumprimento das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho que faz parte integrante do presente Termo;

d - Facilitar a supervisão e fiscalização pelo Parceiro Público e pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, permitindo-lhe, inclusive, o acompanhamento *in loco* e fornecendo, sempre que solicitadas, as informações e documentos relacionados com a execução dos objetivos propostos com o presente termo de cooperação;

e- responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;

f- promover, até 60 dias após o término da presente parceria, a publicação integral na imprensa oficial do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO DE PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

g – publicar, no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

h – indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

i – movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

j - Entregar até a data convencionada no Parágrafo Primeiro da CLÁUSULA QUARTA, sob pena de suspensão do repasse nos termos da CLÁUSULA QUINTA, parágrafo primeiro, deste Termo de Parceria, os seguintes documentos:

I) *Extrato bancário da Conta Corrente mencionada na CLÁUSULA SEGUNDA, inciso II, alínea "b" deste Termo de Parceria;*

II) *Folha detalhada de pagamento de todos os profissionais envolvidos na execução do Projeto;*

III) *Comprovante de quitação de Encargos Trabalhistas e Previdenciários, correspondente ao mês anterior;*

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090588AA203684
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,50
Selo: EEOK35420-DED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

*IV) Planilha com estimativa mensal dos custos operacionais e administrativos da entidade;*

*V) Relatório Mensal das atividades executadas no projeto, contendo um breve comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;*

*VI) Relatório mensal que contemple o número de procedimentos e atendimentos realizados, devidamente atestado pelo setor de fiscalização competente;*

*VII) Planilha de freqüência, a qual discrimine, individualmente, a carga horária realizada por cada profissional, bem como o número de plantões realizados pelos profissionais médicos (diário de horas plantões), devidamente atestada pelo setor de fiscalização competente;*

**Parágrafo Primeiro:** Considera-se para fins de comprovação do disposto no inciso II, da alínea "j" desta cláusula, a GFIP (Guia de Recolhimento do FTGS e Informações à Previdência Social) referente à competência do mês anterior ao período objeto do repasse, compreendendo todos os funcionários contratados para o desenvolvimento das atividades de implantação e desenvolvimento do Programa.

**Parágrafo Segundo:** Além da documentação prevista anteriormente, a OSCIP deverá encaminhar, bimestralmente, cópia das planilhas de Transferências Voluntárias (DATA), devidamente preenchidas ao amparo da Resolução nº 03/2006 e da Instrução Normativa nº 27/2008 oriundas do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, pertinentes ao desenvolvimento do Programa "Pronto Atendimento 24 horas", conforme o seguinte cronograma:

| PERÍODO ANALISADO | DATA DA ENTREGA |
|---|---|
| MAIO/JUNHO/2011 | 31/JULHO/2011 |
| JULHO/AGOSTO/2011 | 30/SETEMBRO/2011 |
| SETEMBRO/OUTUBRO/2011 | 30/NOVEMBRO/2011 |
| NOVEMBRO/2011 | 31/DEZEMBRO/2011 |

**Parágrafo Terceiro:** Os documentos mencionados nos **incisos VI e VII**, da alínea "j" da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I deverão ser devidamente atestados pela **Comissão de Fiscalização** de que trata **a alínea f, da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso II.**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203685
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,90
Selo: EEOK35421-EAE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

CONT 32

**II - DO PARCEIRO PÚBLICO**

a – gerir, acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

b – indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c – repassar os recursos financeiros à **OSCIP** nos termos estabelecidos nas Cláusulas Quarta e Quinta, de acordo com as ações efetivamente executadas na presente Parceria;

d – publicar no jornal oficial do Município extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de trinta dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999;

e - Criar **Comissão de Avaliação** para este Termo de Parceria, composta por 02 (dois) representantes do **PARCEIRO PÚBLICO**, 01 (um) da **OSCIP** e 01 (um) do Conselho de Política Pública da respectiva área de atuação, para a análise e **verificação dos resultados** obtidos com o presente termo, conforme artigo 11 § 1º da Lei nº 9790/1999;

f – Criar **Comissão de Fiscalização** do Termo de Parceria, órgão de controle interno, para a **fiscalização e acompanhamento mensal das ações executadas** pela OSCIP, a ser composta por 2 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde e 1 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde, nos termos do artigo 11 da Lei 9790/99.

g - Criar **Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses,** órgão de transparência e controle, com o objetivo de analisar a regularidade da documentação apresentada, nos termos da alínea "j", incisos I a VII da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I, antes de ser autorizado o repasse das parcelas previstas no cronograma de desembolso, estipulado na CLÁUSULA QUARTA, deste termo.

h - Prestar o apoio necessário à **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

i - Fornecer ao Conselho Municipal de Saúde todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação a este Termo de Parceria, nos termos do art. 17 do Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999.

**Parágrafo Primeiro:** Competirá à Secretaria Municipal de Saúde, a supervisão e a gestão das ações desenvolvidas pela OSCIP.

**Parágrafo Segundo:** Para o cumprimento das ações referidas no parágrafo anterior e o acompanhamento *in loco* das atividades realizadas, a Secretaria Municipal de Saúde colocarão

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203666
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35422-OCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0077133

servidores de seus quadros, sendo vedado o pagamento de qualquer vantagem pecuniária a tais funcionários, com recursos provenientes deste Termo de Parceria.

## CLÁUSULA QUARTA
## DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA, o **PARCEIRO PÚBLICO** estimou o valor global de **R$ 1.280.946,62** (um milhão, duzentos e oitenta mil, novecentos e quarenta e seis reais e sessenta e dois centavos), a ser repassado à **OSCIP** em 07 (sete) parcelas mensais, a serem empenhadas de acordo com o cronograma de desembolso abaixo.

| PARCELAS | PERÍODO | DATA DO REPASSE | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|---|
| 01 | 13 a 31 de MAIO | Até o 2° dia útil do mês de junho/2011 | R$ 135.211,03 | R$ 135.211,03 |
| 02 | Mês de JUNHO | Até o 2° útil do mês de julho/2011 | R$ 213.491,11 | R$ 348.702,14 |
| 03 | Mês de JULHO | Até o 2° dia útil do mês de agosto/2011 | R$ 220.607,47 | R$ 569.309,61 |
| 04 | Mês de AGOSTO | Até o 2° dia útil do mês de setembro/2011 | R$ 220.607,47 | R$ 789.917,08 |
| 05 | Mês de SETEMBRO | Até o 2° dia útil do mês de outubro/2011 | R$ 213.491,11 | R$ 1.003.408,19 |
| 06 | Mês de OUTUBRO | Até o 2° dia útil do mês de novembro/2011 | R$ 220.607,47 | R$ 1.224.015,66 |
| 07 | Mês NOVEMBRO | Até o 2° dia útil do mês de dezembro/2011 | R$ 56.930,96 | **R$ 1.280.946,62** |

**Parágrafo Primeiro:** A OSCIP deverá encaminhar o respectivo Recibo concernente às parcelas previstas na **CLÁUSULA QUARTA** até dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, **acompanhada de todos os documentos indicados na letra j, incisos I, II, III, IV, V, VI e VII da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I** cujo montante deverá ser repassado até **o segundo dia útil subseqüente ao mês vencido**, conforme disposto no cronograma supracitado.

**Parágrafo Segundo:** Poderá ocorrer diminuição dos valores a serem repassados, caso haja a ocorrência de faltas e a não substituição do respectivo funcionário, por profissional igualmente habilitado, para o desenvolvimento das atividades de operacionalização e execução do Programa Pronto Atendimento 24 horas.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203667
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35423-CEC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
2º OFICIO Santo Antônio de Pádua

0071134

**Parágrafo Terceiro:** Caso haja redução do quadro de pessoal para a execução das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho, o valor do repasse poderá será ajustado de forma proporcional ao número de funcionários que estejam efetivamente em atividade, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos ao presente Termo de Parceria.

**Parágrafo Quarto:** Caso haja a necessidade de serem adquiridos equipamentos para a implantação e execução do presente Projeto, a aquisição deverá ser feita através de regulamento próprio, observando-se os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência, de acordo com o contido na CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I, alínea "g". Ao final da presente parceria, os bens eventualmente adquiridos serão automaticamente revertidos ao patrimônio público municipal.

## CLÁUSULA QUINTA
## DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O repasse do recurso financeiro disposto na CLÁUSULA QUARTA será realizado em parcelas mensais, até o 2º (segundo) dia útil subseqüente ao vencido, de acordo com o cronograma previsto naquela cláusula.

**Parágrafo Primeiro: O repasse e os valores referidos no cronograma contido na CLÁUSULA QUARTA, fica condicionado à apresentação da documentação indicada nos incisos I, II, III, IV, V, VI e VII da alínea "j" da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I** deste termo, a ser avaliada pela Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses, conforme o seguinte cronograma:

| | |
|---|---|
| Período analisado para liberação da parcela 01 | 13/05/2011 a 20/05/2011 |
| Período analisado para liberação da parcela 02 | 21/05/2011 a 20/06/2011 |
| Período analisado para liberação da parcela 03 | 21/06/2011 a 20/07/2011 |
| Período analisado para liberação da parcela 04 | 21/07/2011 a 20/08/2011 |
| Período analisado para liberação da parcela 05 | 21/08/2011 a 20/09/2011 |
| Período analisado para liberação da parcela 06 | 21/09/2011 a 20/10/2011 |
| Período analisado para liberação da parcela 07 | 21/10/2011 a 08/11/2011 |

**Parágrafo Segundo** – O **PARCEIRO PÚBLICO,** no processo de acompanhamento e supervisão dest[illegible], que implicará a

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203668
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 19,91
Selo: EEOK35424-BOC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos **PARCEIROS**, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Parágrafo Terceiro:** Para o repasse da primeira parcela prevista no cronograma de desembolso estipulado na CLÁUSULA QUARTA, a OSCIP deverá apresentar a documentação indicada nos **incisos V, VI e VII, da CLÁUSULA TERCEIRA - I, alínea "j", referente ao período de 13/05/2011 a 20/05/2011.**

**Parágrafo Quarto:** A documentação faltante, relativa ao período de 21/05/2011 a 31/05/2011, cujo valor já foi repassado na ocasião da liberação da primeira parcela, deverá ser devidamente comprovada quando da liberação da segunda parcela, de acordo com o cronograma previsto na CLÁUSULA QUINTA, sob pena de devolução do montante correspondente a esse período não comprovado, ou desconto de referido valor nas demais parcelas.

## CLÁUSULA SEXTA
## DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA CUSTEIO DO PRESENTE TERMO DE PARCERIA

As despesas ocorrerão por intermédio da seguinte dotação orçamentária:

*09.02 – Secretaria Municipal de Saúde*
*10.301.0015.2.138 – Manutenção do Posto 24 horas;*
*3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica*

**Parágrafo Primeiro:** Em caso de necessidade de redimensionamento do valor global do Termo de Parceria, em virtude de atendimento às disposições legais ou normas convencionais como Convenções Coletivas de Trabalho, Dissídios Coletivos, Acordos Coletivos, o valor global poderá ser redimensionado, mediante a conveniência e a oportunidade do Parceiro Público, observando-se como parâmetro legal, os limites estabelecidos na Lei 8666/93.

**Parágrafo Segundo:** No caso de necessidade urgente de contratação, substituição ou reposição de profissionais que ocasionem alterações no equilíbrio financeiro do projeto, objeto deste Termo de Parceria, o valor global poderá ser alterado, mediante a conveniência e a oportunidade do Parceiro Público.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203669
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43643-CDE Consulte em https://www.funarpen.com.br/publico

0077136

## CLÁUSULA SÉTIMA
## DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E DELIBERAÇÃO DE REPASSES

Nos termos da **CLÁUSULA TERCEIRA, inciso II, letra g**, deste Termo de Parceria, *competirá à Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses, órgão de transparência e* controle, analisar, mensalmente, a **regularidade da documentação** apresentada pela OSCIP, prevista na CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I, alínea "j", incisos I a VII, antes de ser deliberado acerca *do repasse das parcelas previstas no cronograma de desembolso estipulado na CLÁUSULA QUARTA* deste termo.

**Parágrafo Primeiro:** A Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses *será instituída mediante Portaria a ser publicada pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, a ser* composta por membros das Secretarias Municipais, representantes da Câmara Municipal e da Sociedade Civil em geral.

**Parágrafo Segundo:** A Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses será instituída com o objetivo de dar transparência e permitir o controle da comunidade tamandaréense dos valores que estão sendo despendidos pelos cofres públicos, com a manutenção das atividades do Projeto Pronto Atendimento 24 horas.

**Parágrafo Terceiro:** A análise da regularidade da documentação prevista na CLÁUSULA TERCEIRA, *inciso I, alínea "J", incisos I a VII por parte desta Comissão, não retira a* gestão, a supervisão, a bem como a ingerência da Parceria que é de competência da Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Quarto:** A Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses tem autonomia para realizar vistoria *in loco* e requisitar outros documentos, além dos mencionados na CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I, alínea "j", incisos I a VII, que julgar conveniente e necessário para fins de autorizar a liberação das parcelas previstas no cronograma de desembolso estipulado na CLÁUSULA QUARTA.

## CLÁUSULA OITAVA
## DA COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

A Comissão de Fiscalização de que trata a CLÁUSULA TERCEIRA, inciso II, alínea "f", será instituída mediante a publicação de Portaria editada pelo Chefe do Poder Executivo Municipal,

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203670
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35382-HEO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

007737

sendo composta por 2 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde e por 1 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de fiscalizar e acompanhar *in loco* a execução das atividades do Projeto Pronto Atendimento 24 horas, atendendo assim ao disposto no artigo 11 da Lei 9790/1999.

**Parágrafo Primeiro:** Referida comissão deverá **atestar** os documentos apresentados pela OSCIP, elencados nos incisos VI e VII, da alínea "j" da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso I do presente termo, podendo eventualmente, acrescer outras informações, dados que entender como pertinentes e necessários, antes de encaminhá-los à Comissão de Acompanhamento e Deliberação de Repasses para apreciação.

## CLÁUSULA NONA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **OSCIP** elaborará e apresentará ao **PARCEIRO PÚBLICO** prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) **ou** até 28 de fevereiro do exercício subseqüente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do **PARCEIRO PÚBLICO**.

**Parágrafo Primeiro** – A **OSCIP** deverá entregar ao **PARCEIRO PÚBLICO** a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

I - relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP** e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Município, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV - parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA, nos casos em que o montante for maior ou igual a R$ 600.000,00 - seiscentos mil reais, ou quando a soma dos vários termos de parcerias celebrados com o mesmo parceiro estatal ultrapassem referido

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203671
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12
Selo: EEOK35425-EDO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**Parágrafo Segundo** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II do Parágrafo anterior deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria **OSCIP**.

**Parágrafo Terceiro** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela **OSCIP**, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

## CLÁUSULA DÉCIMA
## DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira, inciso II, alínea "e", a ser composta por 2 (dois) representantes do PARCEIRO PÚBLICO, 1 (um) representante do Conselho Municipal de Políticas Públicas Correlato e 1 (um) representante da PARCEIRA PRIVADA.

**Parágrafo Primeiro** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com os indicadores de desempenho contidos no Programa de Trabalho em anexo, que constituí parte integrante deste termo de parceria, e o encaminhará ao **PARCEIRO PÚBLICO**, até 60 dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

**Parágrafo Segundo** – Os 2 (dois) membros do Parceiro Público e o membro do Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato a integrarem a Comissão de Avaliação de que trata a presente cláusula, devem ser membros distintos dos pertencentes à Comissão de Fiscalização e Acompanhamento, disciplinada na CLÁUSULA SÉTIMA.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA
## DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA terá vigência pelo prazo de 180 (cento e oitenta dias), contados a partir de **13/05/2011, finalizando em 08/11/2011.**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203672
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOK35426-EEK Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

0077139

**Parágrafo Primeiro** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação e de Fiscalização e Acompanhamento, citadas na Cláusula Terceira, inciso II, alíneas "e" e "f" respectivamente, e na apresentação de Programa de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante celebração de termo aditivo, ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Parágrafo Segundo** – Findo o TERMO DE PARCERIA e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** à **OSCIP**, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação das Comissões de Avaliação e de Fiscalização para cumprimento das metas estabelecidas.

**Parágrafo Terceiro**– Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto à **OSCIP**, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA
## DA RESCISÃO

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, mediante comunicado prévio de no mínimo 30 (trinta) dias, independentemente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência; e
II – unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a **OSCIP** perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

**Parágrafo Único:** Caso haja receio na continuidade das atividades executadas no Projeto por fatos supervenientes, o Parceiro Público poderá rescindir a presente parceria a qualquer tempo, por razões de oportunidade e conveniência.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203673
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,59
Selo: EEOK35427-DGC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

001340

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
## DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA
## DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 04 (quatro) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Almirante Tamandaré, 12 de maio de 2011.

**PARCEIRO PÚBLICO**
VILSON ROGÉRIO GOINSKI
*Prefeito Municipal de Almirante Tamandaré*

**PARCEIRA PRIVADA**
DENNER ORNELLAS CORTAT
*Diretor Geral*
Instituto Vida e Saúde - **INVISA**

**LUCIANO BUGALSKI**
Secretário Municipal de Saúde


CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
090589AA203674
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35428-KEC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007741

# TERMO DE PARCERIA

**TERMO DE PARCERIA Nº. 007/2011, QUE CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE, COMO ABAIXO SE DECLARA.**

Pelo presente instrumento, nesta cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, comparecem as partes, justas e contratadas, a saber, de um lado, na qualidade de contratante, o **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** com **CNPJ Nº 76.105.659/0001-74**, representado neste ato pelo Prefeito Municipal o Sr. **VILSON ROGÉRIO GOINSKI,** e de outro lado, na qualidade de Parceira Privada, a OSCIP **INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com **CNPJ** nº **05.997.585/0001-80,** estabelecida na Rua Hermete Silva, 49 – Centro, tel. (22) 3851-2901, web site: www.invisa.org.br, CEP 28470-000 – Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT**, portador do RG nº 93.1.03907-0/ CREA/RJ e CPF (MF) nº 868.424.557-15. Pelas partes é dito que o presente termo é celebrado em decorrência do Procedimento Administrativo **Licitatório nº. 003/2010**, na modalidade **CONCORRENCIA PÚBLICA,** por meio da qual a entidade foi declarada vencedora e lhe foi homologado o objeto do presente termo de parceria. E, assim sendo, firmam o presente termo de parceria nos termos que segue:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Parceria tem por objetivo a operacionalização e a execução do projeto "Pronto Atendimento 24 Horas" na Unidade de Saúde situada no bairro Cachoeira, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO PROGRAMA DE TRABALHO

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados e a previsão de receitas e despesas, na forma dos incisos III e IV do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.790, constam no Programa de Trabalho proposto pela OSCIP e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o qual constitui parte integrante deste Termo de Parceria, independentemente de sua transcrição.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203675
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Totais R$ 2,51
Selo: EEOK35429-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

COMISSÃO 42

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DA OSCIP**

São responsabilidades e obrigações do Parceiro Privado, além de outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

1. Executar fielmente todas as ações previstas no Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade dos serviços prestados;

2. Aplicar os recursos financeiros exclusivamente para o cumprimento das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho que faz parte integrante do presente Termo;

3. Facilitar a supervisão e fiscalização pelo Parceiro Público e pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, permitindo-lhe, inclusive, o acompanhamento *in loco* e fornecendo, sempre que solicitadas, as informações e documentos relacionados com a execução dos objetivos propostos com o presente termo de cooperação;

4. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do **PARCEIRO PÚBLICO**, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

5. Responsabilizar-se pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes;

6. Responder, única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes do objeto, tais como impostos, taxas, contribuições fiscais, previdenciárias, trabalhistas, fundiárias; enfim, por todas as obrigações e responsabilidades, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas no presente termo de parceria.

7. Publicar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura deste Termo de Parceria, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

8. Indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos, cujo nome constará do extrato deste Termo de Parceria a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

9. Movimentar os recursos financeiros objeto deste Termo de Parceria,

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203676
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DE JESUS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35430-COJ Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO;**

**10.** Responder civil e criminalmente por todos e quaisquer danos pessoais, materiais ou morais ocasionados à administração e/ou a terceiros, na execução do objeto da presente licitação, isentando o Município de toda e qualquer responsabilidade.

**11.** Assumir integral responsabilidade pela boa execução e eficiência dos serviços que efetuar, bem como, pelos danos decorrentes da realização dos mesmos.

**12.** Entregar ao parceiro público, **até a data convencionada no parágrafo primeiro da CLÁUSULA QUINTA**, sob pena de suspensão do repasse nos termos da CLÁUSULA SEXTA, parágrafo primeiro deste Termo de Parceria, os seguintes documentos:

**a)** Extrato bancário da Conta Corrente mencionada na CLÁUSULA QUARTA, inciso II deste Termo de Parceria;

**b)** Folha de pagamento do pessoal;

**c)** Comprovante de quitação de Encargos Trabalhistas e Previdenciários, correspondente ao mês anterior;

**d)** Planilha detalhada de atendimentos realizados e folha diária de comparecimento do pessoal responsável pela execução do Projeto.

**e)** Relatório detalhado de despesas com o projeto, incluindo os gastos com o custo operacional.

**f)** Relatório das ações realizadas.

**13.** Providenciar que seus empregados cumpram rigorosamente as **Determinações e Instruções emanadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela legislação vigente**;

**14.** Responsabilizar-se por todos os ônus e obrigações concernentes à **Legislação Fiscal, Social, Securitária, Trabalhista, Tributária, bem como pelos danos e prejuízos que a qualquer título causar a SMS ou a terceiros**, em decorrência da execução dos serviços contratados;

**15.** A Unidade de Saúde 24 horas deverá manter seu funcionamento de forma ininterrupta. **Independente das Faltas ou Ausências dos Funcionários** (cabendo a OSCIP substituí-los), considerando que somente a Secretaria Municipal de Saúde poderá determinar o fechamento do es[illegible]

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203677
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,51
Selo: EEOK35431-OCA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico

007744

**16.** A OSCIP vencedora deverá aceitar integralmente todos os **Métodos e Processos de Inspeção, Verificação e Controle** a serem adotados pelo município de Almirante Tamandaré.

**17.** O TERMO DE PARCERIA efetuado através do Município de Almirante Tamandaré em nada restringe a **Responsabilidade Única, Integral e Exclusiva** da OSCIP vencedora no que se refere à perfeita execução dos serviços e às suas conseqüências e implicações.

**18.** A OSCIP vencedora deverá fornecer, para controle de freqüência de seus funcionários, **Registro de Freqüência, realizado através de ponto biométrico (os equipamentos necessários para isto deverão ser disponibilizados pela OSCIP vencedora).**

**Parágrafo Primeiro:** Considera-se para fins de comprovação do disposto no item 12, letra "c" desta cláusula, a GFIP (Guia de Recolhimento do FTGS e Informações à Previdência Social) referente à competência do mês anterior ao período objeto do repasse, compreendendo todos os funcionários contratados para o desenvolvimento das atividades de implantação e desenvolvimento do Programa de Trabalho Aprovado (Pronto Atendimento 24 Horas).

**Parágrafo Segundo:** Além da documentação prevista anteriormente, a OSCIP deverá encaminhar, bimestralmente, cópia das planilhas de Transferências Voluntárias (DAT), devidamente preenchidas ao amparo da Resolução nº 03/2006 e da Instrução Normativa nº 27/2008 oriundas do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, pertinentes ao desenvolvimento do Programa de Trabalho Aprovado (Pronto Atendimento 24 Horas).

**Parágrafo Terceiro:** A OSCIP deverá apresentar os Profissionais de Saúde à Coordenação do Posto 24 horas no prazo máximo de 5 (cinco) dias, a contar da assinatura deste termo de compromisso;

**Parágrafo Quarto:** Os danos causados direta ou indiretamente ao parceiro público ou à terceiros, em virtude de culpa ou dolo na execução do Termo de Parceria, independente de ocorrerem ou não em áreas correspondentes à natureza de seus trabalhos, serão de responsabilidade do parceiro privado.

**Parágrafo Quinto:** As despesas com deslocamento de pessoal para realização do serviço correrão por conta da OSCIP.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DO MUNICIPIO DE ALMIRANTE TAMANADARÉ:**

São responsabilidades e obrigações do Parceiro Público Município de Almirante Tamandaré, além de outros compromissos assumidos neste

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203678
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOFICIO DA SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,96
Selo: EEOK35432-BKC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0077745

TERMO DE PARCERIA:

1. Gerir, acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste Termo de Parceria, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

2. Indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste Termo de Parceria;

3. Disponibilizar os equipamentos de proteção individual – EPIs às equipes alocadas no referido programa, conforme o caso;

4. Repassar os recursos financeiros à **OSCIP**, nas condições estabelecidas na CLÁUSULA SEXTA deste Termo de Parceria, sendo que em caso de atraso no repasse por parte do Município e conseqüente oneração no custo do projeto, tais valores e decorrentes obrigações são de responsabilidade do Parceiro Público;

5. Publicar no Jornal Oficial do Município extrato deste Termo de Parceria e de seus aditivos, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100 de 30 de junho de 1999;

6. Criar Comissão de Avaliação para este Termo de Parceria, composta por 02 (dois) representantes do **PARCEIRO PÚBLICO**, 01 (um) da **OSCIP** e 01 (um) do Conselho de Política Pública da respectiva área de atuação, para a análise e verificação dos resultados obtidos com a finalização do presente termo, conforme artigo 11 § 1º da Lei nº 9.790/1999.

7. Prestar o apoio necessário a **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste Termo de Parceria em toda sua extensão;

8. Fornecer ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação a este Termo de Parceria, nos termos do art. 17 do Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999.

**Parágrafo Primeiro:** Competirá à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, a supervisão e a gestão de referido termo de Parceria e a fiscalização do cumprimento dos objetivos propostos no Plano de Trabalho que integra o presente termo.

**Parágrafo Segundo:** Para o acompanhamento e supervisão dos objetivos propostos no presente Termo de Parceria, a Secretaria Municipal de Saúde colocará dois servidores de seu quadro, sendo vedado o pagamento de qualquer vantagem pecuniária a tais funcionários, com recursos

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
090589AA203679
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35433-EOD Consulte em https://www.tjrj.jus.br/selopublico

007746

provenientes deste Termo de Parceria.

**Parágrafo Terceiro:** O município de Almirante Tamandaré reserva-se ao direito de, a qualquer momento, solicitar a troca (por escrito) de qualquer Profissional de Saúde que não se enquadre nas exigências do presente termo de compromisso.

## CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

1. Para o cumprimento das metas estabelecidas neste Termo de Parceria o **PARCEIRO PÚBLICO** estimou o valor global de **R$ 2.513.297,19 (dois milhões, quinhentos e treze mil, duzentos e noventa e sete reais e dezenove centavos** a ser depositado em conta corrente específica do projeto indicada pelo Parceiro Público.

2. A OSCIP deve proceder a Controle de Jornada no período compreendido entre o dia 21 do mês até o dia 20 do próximo mês, tendo em vista os encargos sociais serem calculados em regime de competência, com o compromisso de cumprir com as exigências legais perante o quadro de profissionais, cuja contratação é regida pela CLT, e o pagamento deve ser até o 5º (quinto) dia útil do mês subseqüente.

3. Para a modalidade de contratação dos médicos aplicam-se os mesmos prazos.

4. A OSCIP deverá apresentar toda a documentação necessária, **até o dia 24 de cada mês**, para repasse dos recursos financeiros até o 4º. dia útil do mês subseqüente, pois isto propiciará:

   **a)** Pagamento dos salários aos profissionais, dentro do prazo exigido por lei, ou seja, até o 5º. dia útil do mês seguinte, eximindo as partes de pendências trabalhistas;
   **b)** Recolhimento dos encargos sociais (INSS, FGTS e PIS e eventual Imposto de Renda) no regime de competência;
   **c)** Todo e qualquer evento que implique em faltas, atrasos ou horas-extras, ou alteração do valor já pago no mês corrente, serão processados no mês subseqüente, sem prejuízos ao colaborador nem ao Parceiro Público.

5. A Fatura de pagamento da **OSCIP** deverá ser devidamente discriminada e atestada pelos **Responsáveis pela Fiscalização de Execução das Atividades** designados pela Administração.

   **Parágrafo Único:** A OSCIP deverá encaminhar o respectivo Recibo concernente às parcelas repassadas até dia 24 (vinte e quatro) de cada mês, acompanhada dos documentos indicados **no inciso XII da**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853 0140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOK35434-KKE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203680

00747

OCLÁUSULA TERCEIRA e parágrafos primeiro e segundo.

**CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O repasse à OSCIP dos recursos financeiros dispostos na CLÁUSULA QUINTA será efetivado em conformidade com o cronograma apresentado:

**Parágrafo Primeiro:** O repasse e os valores referidos nesta CLÁUSULA SEXTA, fica condicionado à apresentação da documentação nos termos da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso XII, parágrafos primeiro e segundo.

**Parágrafo Segundo:** Poderá ocorrer diminuição dos valores a serem repassados, caso haja a ocorrência de faltas e a não substituição do respectivo funcionário, por profissional igualmente habilitado, para o desenvolvimento das atividades de operacionalização e execução do Programa Pronto Atendimento 24 Horas, desempenhados pelo funcionário faltoso.

**Parágrafo Terceiro:** Caso haja redução do quadro de pessoal para a execução das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho, o valor do repasse poderá será ajustado de forma proporcional ao número de funcionários que estejam efetivamente em atividade, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos ao presente Termo de Parceria.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA CUSTEIO DO PRESENTE TERMO DE PARCERIA**

As despesas ocorrerão por intermédio da seguinte dotação orçamentária:

| DOTAÇÃO | DESCRIÇÃO |
|---|---|
| 09.01 | Secretaria Municipal da Saúde |
| 10.301.0015.2.075 | Serviços de Saúde Pública |
| 3.3.90.39.00 | Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica |

**Parágrafo Primeiro:** Em caso de necessidade de alteração do valor global do Termo de Parceria, em virtude de atendimento às disposições legais ou normas convencionais como Convenções Coletivas de Trabalho, Dissídios Coletivos, Acordos Coletivos, o valor global poderá ser redimensionado, observando-se os limites quantitativos previstos na Lei 8666/93, condicionada à prévia existência de disponibilidade orçamentária.

**Parágrafo Segundo:** No caso de necessidade urgente de contratação, substituição ou reposição de profissionais que ocasionem alterações no equilíbrio financeiro do projeto, objeto deste Termo de Parceria, o valor global poderá ser alterado, mediante a conveniência e a oportunidade do Pa[illegible] istos na Lei 8666/93.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA/RJ
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-7[illegible]
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOK35435-ECO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
1900589AA203681

00[illegible]48

**CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO**

1. Nos termos da CLÁUSULA QUARTA, Parágrafo Primeiro, deste Termo de Parceria, caberá à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, nos termos do artigo 11 da Lei nº 9790/99 acompanhar e fiscalizar, mensalmente, a execução dos objetivos propostos no Programa de Trabalho.

2. Para fins de acompanhamento e fiscalização do Termo de Parceria, o chefe do Poder Executivo Municipal instituirá, através de Portaria, uma Comissão de Fiscalização e Acompanhamento, órgão de controle interno, sendo constituída por, no mínimo, 7 (sete) integrantes, da seguinte forma:

   a) 2 (dois) servidores da Secretaria Municipal de Saúde;
   b) 2 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde;
   c) 1 (um) servidor da Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos;
   d) 1 (um) servidor da Secretaria Municipal de Fazenda;
   e) 1 (um) servidor do Departamento de Controladoria;

3. Competirá à Comissão de Fiscalização e Acompanhamento analisar, mensalmente, antes de autorizar o repasse dos recursos à OSCIP, a documentação encaminhada pela entidade, na forma estabelecida na Cláusula Terceira, alínea XII, parágrafos primeiro e segundo deste Termo de Parceria.

4. Cada membro da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento terá um respectivo suplente.

**CLÁUSULA NONA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

1. A OSCIP elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até 60 (sessenta) dias após o encerramento da vigência do Termo. A Prestação de Contas deverá ser entregue instruída com os seguintes documentos:

   a) Relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
   b) Demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundas dos recursos recebidos do **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP** e referentes ao objeto deste TERMO DE

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203682
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)[illegible]
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35436-OCO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;

**c)** Extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial Município, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100 de 30 de junho de 1999;

**d)** Parecer e relatório de auditoria elaborado pela Comissão de Avaliação tratada na CLÁUSULA QUARTA, inciso VI, do presente Termo.

**Parágrafo Único:** Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata a CLÁUSULA NONA, inciso II, desse Termo de Parceria, deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por no mínimo cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles próprios da entidade.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

1. Os resultados atingidos ao término do presente TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na CLÁUSULA QUARTA, inciso VI, deste Termo de Parceria.

**Parágrafo Único:** A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na CLÁUSULA SEGUNDA e o encaminhará ao MUNICÍPIO PÚBLICO, até 30 (trinta) dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA

1. A avaliação das ações na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas ocorrerá através de Comissão designada pelo Executivo Municipal através de Portaria, e será composta, no mínimo, por dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante da OSCIP e um representante do Conselho Municipal de Saúde.

2. Todos os atendimentos, serviços e procedimentos serão registrados em formulário elaborado pela equipe técnica da SMS.

3. A avaliação considerará a qualidade do atendimento e o alcance das metas, informando ao executor os ajustes necessários, e acordando, em tempo e forma exequível, as melhorias.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

1. O presente TERMO DE PARCERIA terá vigência de 12 (doze) meses,

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203683
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22)2762-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE CRISTIANO DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023.
20% R$. 1,48 - 5% R$. 0,37 - 5% R$. 0,37 - 4% R$. 0,29 Total R$. 12,91
Selo: EEOK35437-CCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

contados a partir da assinatura das partes.

2. Os prazos de execução e de vigência poderão ser prorrogados, a critério da Administração, tendo por fundamento as disposições contidas no art. 57º, da Lei 8.666/93, alíneas I e II, condicionado à existência de disponibilidade orçamentária e desde que persistam as condições de vantajosidade e eficiência com a continuação da Parceria para a Administração Pública.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO**

1. O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido, antes do término do prazo de vigência, por acordo entre as partes ou administrativamente, mediante comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, independentemente das demais medidas cabíveis e nas seguintes situações:

a) Se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA; e

b) Unilateralmente, pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a entidade perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

**Parágrafo Único**: Também poderá ocorrer a rescisão do Termo de Parceria por conveniência da Administração Pública, a qualquer tempo, mediante notificação escrita no prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA MODIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DESTE TERMO**

1. Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS** desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

2. O presente termo de parceria se regerá pelas cláusulas e disposições aqui expressas, pelas disposições constantes do edital de licitação, projeto e demais anexos, pelas disposições contidas na Lei 8.666/93 com as alterações dela decorrentes; e, ainda, pelas demais disposições legais que se verificarem aplicáveis à espécie de seu objeto, por mais especiais que sejam e mesmo que aqui ou na minuta do termo de parceria, não mencionadas.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203684
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (21) 2753-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fe que a presente conferi e reproduzida e fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43644-FED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007751

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO DE ELEIÇÃO**

**1.** Fica eleito o Foro Regional de Almirante Tamandaré da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba - Estado do Paraná, para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 02 (duas) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Almirante Tamandaré, 01 de novembro de 2011.

WILSON ROGÉRIO GOINSKI
Prefeito Municipal

IIVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE

LUCIANO BUGALSKI
Secretário Municipal de Saúde

**Testemunhas:**

**Nome:** Sandra Maria Cunin Ferro
**RG:** 5.029.870-1/PR

**Nome:** Ana Claudia Portilho da Silva Sopa
**RG:** 5.798.462-7/PR

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203695
Rua dos Leões, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43645-DEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

1

1774

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203686
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,79 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43646-FCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selopublico
CARTÓRIO 2º OFÍCIO Santo Antônio de Pádua RJ

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE.**

CONTRATANTE:

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob n.º 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emílio Johnson n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **VILSON ROGÉRIO GOINSKI** (CI.RG. nº 5.315.168-0 SESP/PR - CPF/MF nº. 816.370.129-34), brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Luiz Bugalski, nº. 357, Lamenha Grande, Almirante Tamandaré, Paraná, gerido pelo Secretário Municipal de Educação e Cultura, Sr. **MARCELO CZAIKOWSKI** (CI.RG. nº 5.082.692-0 SESP/PR – CPF. n.º 855.943.779-72, brasileiro, casado, residente e domiciliada na Rua dos Marceneiros, n.º 45, Lamenha Grande, Almirante Tamandaré, Paraná, CEP 83.507-470.

CONTRATADA:

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, neste ato representada pelo Sr. **DENNER ORNELLAS CORTAT** portador do RG. n.º 93.1.03907-0/ CREA/RJ e CPF. n.º 868.424.557-15.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, celebram o presente Termo Aditivo referente ao Termo de Parceria nº 007/2011o para aditamento de valor em 1,177536232%, com fulcro nas disposições Legais da Lei n.º 8.666, de 21.06.1993, no Processo Administrativo n.º **0018.0005752/2012** e no **Parecer n.º 263/2012 da Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos**, conforme cláusulas e disposições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: **Do Aumento Quantitativo**

As partes, de comum acordo, promovem o aumento quantitativo no valor de **R$ 92.010,24 (noventa e dois mil, dez reais e vinte e quatro centavos)** correspondendo ao percentual de 1,177536232% do valor originalmente contratado.

00753

Parágrafo Único: Em função deste aumento quantitativo o valor da hora plantão passou de R$ 66,24 (sessenta e seis reais e vinte e quatro centavos) para R$ 78,00 (setenta e oito reais).

**CLAÚSULA SEGUNDA: Da Dotação Orçamentária.**

As despesas em função do acréscimo de valor correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0015.2.075 – Serviços de Saúde Pública
3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA QUARTA: Da ratificação das demais cláusulas contratuais.**

Ficam ratificadas as demais cláusulas do Termo de Parceria n.º 007/2011, celebrado em 01 de novembro de 2011.

E, por estarem justos e contratados, as partes subscrevem o presente Termo de Aditamento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que surjam seus efeitos legais.

Almirante Tamandaré, 09 de agosto de 2012.

VILSON ROGÉRIO GOINSKI
Prefeito Municipal

INSTITUTO VIDA E SAÚDE

MARCELO CZAIKOWSKI
Secretária Municipal de Saúde
GESTOR

OZANA MARIA RODRIGUES
CI.RG. nº 7.085.876-2-SESP/PR
TESTEMUNHA

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203687
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE

Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EEOL43647-OOD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**
**ESTADO DO PARANÁ**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS - SMAJ**

**SEGUNDO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA.**

**PARCEIRO PÚBLICO:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emílio Johnson, nº 360, Almirante Tamandaré, Paraná, neste ato representado pelo seu Prefeito **VILSON ROGÉRIO GOINSKI** (CI.RG. nº 4.694.817-3-SESP/PR – CPF. nº 780.586.009-20), brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Luiz Bugalski, nº 357, Lamenha Grande, Almirante Tamandaré, Paraná; gerido pelo Secretário Municipal de Saúde, Sr. **MARCELO CZAIKOWSKI** (CI.RG. nº 5.315.168-0-SESP/PR – CPF. n.º 816.370.129-34), brasileiro, casado, servidor público, residente e domiciliado na Rua dos Marceneiros, n.º 45, Lamenha Grande, Almirante Tamandaré, Paraná;

**PARCEIRO PRIVADO:**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, devidamente inscrita no CNPJ sob o n.º 05.997.585/0001-80, neste ato representado pelo Sr. **DENNER ORNELLAS CORTAT** (CPF. nº 868.424.557-15), brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes acima qualificadas, **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ** e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, de comum acordo, com fulcro na legislação, nas cláusulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 01.11.2011, e no Processo Administrativo n.º 0018.0013.847/2012, firmam de comum acordo o presente Termo de Renovação conforme as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PRAZO DE RENOVAÇÃO:**

As partes concordam em renovar o presente Termo de Parceria nº 007/2011 pelo prazo de 90 (noventa) dias, passando-se a finalização de sua vigência para o dia 30.01.2013.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprografica e fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43648-DOE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203688

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**
**ESTADO DO PARANÁ**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS - SMAJ**

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

Para o cumprimento das metas estabelecidas durante o período renovado, conforme a Cláusula Primeira deste Termo Aditivo de Renovação, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor global de **R$ 705.898,47 (setecentos e cinco mil, oitocentos e noventa e oito reais e quarenta e sete centavos)**, divididos em parcelas conforme o seguinte cronograma de desembolso:

| PARCELA | DATA DO REPASSE | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| Primeira | Até o 5º dia útil do mês de DEZEMBRO/2012 | R$ 235.299,49 | R$ 235.299,49 |
| Segunda | Até o 5º dia útil do mês de JANEIRO/2013 | R$ 235.299,49 | R$ 470.598,98 |
| Terceira | Até o 5º dia útil do mês de FEVEREIRO/2013 | R$ 235.299,49 | R$ 705.898,47 |

**Parágrafo único.** a formação de preços constantes nesse cronograma de desembolso está discriminada na tabela de formação de preços que passa a fazer parte deste Termo de Renovação.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Termo de Prorrogação correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0015.2.075 – Serviços de Saúde Pública
3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Termo de Renovação.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 29 de outubro de 2012.

**VILSON ROGÉRIO GOINSKI**
Prefeito Municipal

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
Representante Legal

**MARCELO CZAIKOWSKI**
Secretário Municipal de Saúde



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - Fone: (22) 2038-3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEO143649-FOE Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203689

007756

**TERCEIRO TERMO ADITIVO – RENOVAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HS".**

**CONTRATANTE:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emilio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade RG n.º 5.924.190-7 SESPPR, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 766.545.169-15, residente e domiciliado na cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria.

**CONTRATADA:**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 01.11.2011, bem como, no Processo Administrativo n.° 0018.0000698/2013, celebram o presente Termo de Renovação e Reequilíbrio Econômico-Financeiro, conforme cláusulas e disposições seguintes:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43650-JEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

007757

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DO PROJETO.**

As partes, de comum acordo, promovem o Equilíbrio da Equação Econômico – Financeira do Projeto, alterando-se o repasse, originalmente, avençado para o valor global de **R$ 8.972.400,16 (oito milhões, novecentos e setenta e dois mil, quatrocentos reais e dezesseis centavos).**

**CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO DE RENOVAÇÃO:**

As partes concordam em renovar o Termo de Parceria nº 007/2011 pelo prazo de 12 (doze) meses, passando-se os prazos de execução e vigência para o período de 29.01.2013 até 29.01.2014.

**CLÁUSULA TERCEIRA: DA FORMA DO REPASSE FINANCEIRO:**

Para cumprimento das metas estabelecidas durante o período renovado, conforme a cláusula segunda deste termo aditivo, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor global de **R$ 8.972.400,16 (oito milhões, novecentos e setenta e dois mil, quatrocentos reais e dezesseis centavos)**, divididos em parcelas conforme o seguinte cronograma de desembolso:

| PARCELA | DATA DO REPASSE | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 001 | 29/02/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 747.700,01 |
| 002 | 29/03/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 1.495.400,02 |
| 003 | 29/04/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 2.243.100,03 |
| 004 | 29/05/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 2.990.800,04 |
| 005 | 29/06/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 3.738.500,05 |
| 006 | 29/07/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 4.486.200,06 |
| 007 | 29/08/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 5.233.900,07 |
| 008 | 29/09/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 5.981.600,08 |
| 009 | 29/10/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 6.729.300,09 |
| 010 | 29/11/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 7.477.000,10 |
| 011 | 29/12/2013 | R$ 747.700,01 | R$ 8.224.700,11 |
| 012 | 29/01/2014 | R$ 747.700,01 | R$ 8.972.400,12 |

**Parágrafo Primeiro.** Os valores mensais serão repassados conforme o atingimento das metas previstas no Termo de Parceria n.º 007/2011, após verificação mensal, mediante análise da documentação comprobatória.

**Parágrafo segundo.** A formação de preços constantes nesse cronograma de desembolso está discriminada na tabela de formação de preços que passa a fazer parte deste Termo.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203691
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,51
Selo: EEOL43651-EDL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1780

0[illegible]758

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Termo de Renovação e Reequilíbrio correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

**09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**10.301.0015.2.075 – Manutenção de Saúde Pública.**
**3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

**CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO DE CLÁUSULAS:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria n.º 007/2011, celebrado em 01.11.2011 e dos posteriores Termos Aditivos, cujos conteúdos não estejam em desconformidade com o presente Termo de Renovação.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 29 de janeiro de 2013.

**ALDNEI JOSE SIQUEIRA**
**Prefeito Municipal**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
**DENNER ORNELLAS CORTAT**
**Representante Legal**

**ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI**
**Secretário Municipal de Saúde**
**Gestor do Termo de Parceria**

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 09059844203692
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA - ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43652-FCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

0077759

**QUARTO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HS".**

**CONTRATANTE:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emilio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade RG n.º 5.924.190-7 SESPPR, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 766.545.169-15, residente e domiciliado na cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria.

**CONTRATADA:**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT** , brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 01.11.2011, bem como, no Processo Administrativo n.° 0018.0017.702/2013, celebram o presente Termo de Supressão, conforme cláusulas e disposições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DA SUPRESSÃO DOS PLANTÕES MÉDICOS**

As partes, de comum acordo, promovem a supressão de 3.270 (três mil, duzentos e setenta) horas de plantões médicos do Plano de Trabalho do Projeto Pronto Atendimento 24 Horas, originalmente acordados entre o PARCEIRO PÚBLICO e o PARCEIRO PRIVADO.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203693
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43653-ECL Consulte em https://www3.trj.jus.br/sitepublico

007760

**Parágrafo Único.** Em função da supressão dos plantões médicos do Termo de Parceria n.º 007/2011, diminui-se o repasse da quantia mensal de R$ 430.677,26 (quatrocentos e trinta mil, seiscentos e setenta e sete reais e vinte e seis centavos) a serem repassadas, correspondentes a 3.270 (três mil, duzentos e setenta) horas de plantões médicos, no valor unitário de R$ 131,67 (cento e trinta e um reais e sessenta e sete centavos).

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO DE CLÁUSULAS:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria n.º 007/2011, celebrado em 01.11.2011 e dos posteriores Termos Aditivos, cujos conteúdos não estejam em desconformidade com o presente Termo de Renovação.

Assim, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo Aditivo de Supressão em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 27 de novembro de 2013.

**ALDNEI JOSE SIQUEIRA**
**Prefeito Municipal**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
**DENNER ORNELLAS CORTAT**
**Representante Legal**

**ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI**
**Secretário Municipal de Saúde**
**Gestor do Termo de Parceria**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203694
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,94
Selo: EEOL43654-LEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007761

**QUINTO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS".**

CONTRATANTE:

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emilio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade RG n.º 5.924.190-7 SESPPR, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 766.545.169-15, residente e domiciliado na cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria nº 007/2011.

CONTRATADA:

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT** , brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 15.08.2011, bem como, no Processo Administrativo n.º 0018.0017844/2013, celebram o presente **Termo de Renovação, repactuação e aumento e supressão**, conforme cláusulas e disposições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: Da Renovação de Termo de Parceria:**

As partes concordam em renovar o Termo de Parceria nº 007/2011 pelo prazo de 12 (doze) meses, passando-se os prazos de execução

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 1,19 Total R$ 3,41
Selo: EEOI 43655-CEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203695

e vigência para o período de 30.01.2014 até 30.01.2015.

**CLÁUSULA SEGUNDA: Da Repactuação do valor de repasse do Termo de Parceria:**

As partes promovem a repactuação do Termo de Parceria em função dos aumentos salariais e adicional de insalubridade, que se deram em virtude da Convenção Coletiva de Trabalho 2013/2014 do SINDESC – Registro no TEM nº PR 001821/2013.

**CLAUSULA TERCEIRA: Da supressão e do aumento quantitativos:**

As partes concordam em promover a supressão de 01 (um) profissional de coordenação médica e 01 (um) técnico de enfermagem noturno folguista, a aumentar 01 (um) enfermeiro diurno; 06 (seis) técnicos de enfermagem noturno; 11 (onze) técnicos de enfermagem diurno; 01 (hum) técnico de enfermagem noturno folguista; 02 (dois) coordenadores administrativos; 04 (quatro) gerentes; 05 (cinco) supervisores; 07 (sete) lideres de serviços; 02 motoristas; 02 (dois) psicólogos; 02 (dois) profissionais auxiliares de consultório dentário e 02 (dois) odontólogos, conforme planilha de composição de preços anexa.

**CLÁUSULA QUARTA: Dos Recursos Financeiros:**

Em função da repactuação em função da CCT- Convenção Coletiva de Trabalho, cláusula segunda deste termo, do aumento e da supressão quantitativos, previstos na cláusula terceira, o valor do repasse para o cumprimento das metas estabelecidas durante o período renovado, conforme cláusula primeira deste Termo Aditivo, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor global de R$ 4.053.869,64 (quatro milhões cinquenta e três mil oitocentos e sessenta e nove reais e sessenta e quatro centavos), divididos em parcelas conforme o seguinte cronograma de desembolso:

| PARCELA | DATA DO REPASSE | VALOR MENSAL | VALOR ACUMULADO |
|---|---|---|---|
| 001 | 10/03/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 337.822,47 |
| 002 | 10/04/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 675.644,94 |
| 003 | 10/05/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 1.013.467,41 |
| 004 | 10/06/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 1.351.289,88 |
| 005 | 10/07/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 1.689.112,35 |
| 006 | 10/08/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 2.026.934,82 |
| 007 | 10/09/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 2.364.757,29 |
| 008 | 10/10/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 2.702.579,76 |
| 009 | 10/11/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 3.040.402,23 |
| 010 | 10/12/2014 | R$ 337.822,47 | R$ 3.378.224,70 |
| 011 | 10/01/2015 | R$ 337.822,47 | R$ 3.716.047,17 |
| 012 | 10/02/2015 | R$ 337.822,47 | R$ 4.053.689,64 |



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203696
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43656-EDC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

**Parágrafo Primeiro.** Os valores mensais serão repassados conforme o atendimento das metas previstas no Termo de Parceria n.º 007/2011, após verificação mensal, mediante análise da documentação comprobatória.

**CLÁUSULA QUARTA – Da Dotação Orçamentária:**

As despesas oriundas deste Termo Aditivo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.047 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1496 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA QUINTA – Da Ratificação das Demais Cláusulas:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Termo Aditivo e da Planilha de Formação de Preços, parte integrante deste Termo.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 27 de janeiro de 2014.

ALDNEI SIQUEIRA
Prefeito Municipal

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representante Legal

ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI
Secretário Municipal de Saúde



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203697
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 02,91.
Selo: EEOL43657-LCE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

**SEXTO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS".**

CONTRATANTE:

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emilio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade RG n.º 5.924.190-7 SESPPR, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 766.545.169-15, residente e domiciliado na cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria nº 007/2011.

CONTRATADA:

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT** , brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 15.08.2011, bem como, no Processo Administrativo n.º 0018.0005985/2014, celebram o presente Termo, conforme cláusulas e disposições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: Da Repactuação do valor do repasse do Termo de Parceria:**

As partes promovem a repactuação do Termo de Parceria em função dos aumentos salariais e adicional de insalubridade, que se deram em virtude da Convenção Coletiva de Trabalho 2013/2014 do SINDESC – Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Curitiba e Região.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
090589AA203698
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodicao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EEOL43658-EEF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SEGUNDA: Dos Recursos Financeiros:**

Em da repactuação, prevista na cláusula Primeira deste Termo Aditivo, O PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor global mensal de até R$ 358.122,39 (trezentos e cinqüenta e oito mil cento e vinte e dois reais e trinta e nove centavos) para os 09 (nove) meses restantes do prazo prorrogado em 29 de janeiro de 2014, conforme planilha anexa.

**Parágrafo único:** Os valores mensais serão repassados conforme o cumprimento nas metas previstas no Termo de Parceria nº. 007/2011, após verificação mensal, mediante análise de documentação probatória.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Da DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Termo Aditivo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.047 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1496 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA QUARTA – Da Ratificação das Demais Cláusulas:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº. 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Termo Aditivo.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 28 de abril de 2014.

ALDNEI SIQUEIRA
Prefeito Municipal

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representante Legal

ANTONIO CLARET GIORDANO TODESCHI
Secretário Municipal de Saúde



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203699
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE [illegible] DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43659-LOE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**
**ESTADO DO PARANÁ**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS**

**SÉTIMO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS".**

**CONTRATANTE:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emilio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **CLAUDEVIR MACEDO MARTIN GARCIA**, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria.

**CONTRATADA:**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT** , brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 15.08.2011, bem como, no Processo Administrativo n.° 0018.0020273/2014 de 29/12/2014, celebram o presente Termo, conforme cláusulas e disposições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DA RENOVAÇÃO**

As partes concordam em renovar o Termo de Parceria nº

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203702
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - Gl. Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOK35439-OCI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

007/2011 pelo prazo de 12 (doze) meses, passando-se os prazos de execução e vigência para o período de 01/02/2015 até 01/02/2016.

**CLÁUSULA SEGUNDA: DO VALOR E DA FORMA DOS REPASSES FINANCEIRO.**

O valor do repasse para cumprimento das metas estabelecidas durante o período renovado, conforme cláusula primeira deste Termo Aditivo, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor mensal de até R$ 358.122,39 (trezentos e cinquenta e oito mil cento e vinte e dois reais e trinta e nove centavos) totalizando a quantia do valor global de até R$ 4.297.468,68 (quatro milhões duzentos e noventa e sete mil quatrocentos e sessenta e oito reais e sessenta e oito centavos) conforme planilha anexa.

**Parágrafo único:** Os valores mensais serão repassados conforme o cumprimento nas metas previstas no Termo de Parceria nº. 007/2011, após verificação mensal, mediante análise de documentação probatória.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Da DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Termo Aditivo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1303 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1495 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1510 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA QUARTA – Da Ratificação das Demais Cláusulas:**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 0905B9AA203703
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,50
Selo: EEOK35440-CJE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1798

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº. 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Termo Aditivo.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 10 de fevereiro de 2015.

**ALDNEI SIQUEIRA**
Prefeito Municipal

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representante Legal

**CLAUDEVIR MACEDO MARTIN GARCIA**
Secretário Municipal de Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203704
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.. RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DE
SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,90
Selo: EEOL43628-OCC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/OCJ/



1791

Fazenda. PA

007169

[redacted]

**OITAVO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS".**

**CONTRATANTE:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emílio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **ANTONIO ROBERTO ANJOS MANSUR**, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria.

**CONTRATADA:**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT** , brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 01/11/2011, bem como, no Processo Administrativo n.º 0018.0016785/2015 de 15/09/2015, celebram o presente Termo de Aumento Quantitativo de Valores do Termo de Parceria 007/2011, conforme cláusulas e disposições seguintes:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203705
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43629-FFI Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

1792

[redacted]

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO AUMENTO QUANTITATIVO DE VALORES:**

Até a presente data, o valor mensal do repasse é de até R$ 358.122,39 (Trezentos e cinquenta e oito mil, cento e vinte e dois reais e trinta e nove centavos), com o Aumento Quantitativo, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor mensal de até 421.768,56 (quatrocentos e vinte e um mil setecentos e sessenta e oito reais e cinquenta e seis centavos).

**Parágrafo único:** Os valores serão referentes aos últimos quatro meses do término contratual, serão repassados conforme o cumprimento nas metas previstas no Termo de Parceria nº. 007/2011, após verificação mensal, mediante análise de documentação probatória.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Termo Aditivo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1303 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1495 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1510 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA TERCEIRA – Da Ratificação das Demais Cláusulas:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº. 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203706
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reproducao e fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43630-ELE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

presente Termo Aditivo e da Planilha de Formação de Preços, parte integrante deste Termo.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 22 de setembro de 2015.

ALDNEI SIQUEIRA
Prefeito Municipal

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
Representante Legal

ANTONIO ROBERTO ANJOS MANSUR
Secretário Municipal de Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203707
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,91.
Selo: EEOL43631-FFC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

Fazenda PA

[redacted]

**NONO TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE - PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS".**

**CONTRATANTE:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 76.105.659/0001-74, com sede na Avenida Emilio Johnson, n.º 360, Centro, Almirante Tamandaré, Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, **ALDNEI JOSE SIQUEIRA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG. nº 3.136.670-4 SESP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 530.587.209-04, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná e **ANTONIO ROBERTO ANJOS MANSUR**, Secretário Municipal de Saúde, gestor do Termo de Parceria.

**CONTRATADA:**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE**, com CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva nº 49 – Centro, Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG n.º 93.1.03907-0/CREA/RJ, devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º 868.424.557-15, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

As partes, acima qualificadas, de comum acordo, com fulcro nas disposições Legais Vigentes, especialmente Decreto nº 3.100/1999, na Lei Federal nº 9.790/99, clausulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 01/11/2011, bem como, no Processo Administrativo n.º 0018.0000757/2016 de 15/01/2016, celebram o presente Termo de Renovação do Termo de Parceria 007/2011, conforme cláusulas e disposições seguintes:



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203708
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43632-OEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1795

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DA RENOVAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA**

As partes concordam em renovar o Termo de Parceria nº 007/2011 pelo prazo de 12 (doze) meses, passando-se os prazos de execução e vigência para o período de 01/02/2016 até 01/02/2017.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DO REPASSE FINANCEIRO:**

Para cumprimento das metas estabelecidas durante o período renovado, conforme Cláusula Primeira deste Termo Aditivo, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor mensal de até 421.768,56 (quatrocentos e vinte e um mil setecentos e sessenta e oito reais e cinqüenta e seis centavos)..

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Termo Aditivo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1303 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1495 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto de Saúde 24 Horas.
3.3.90.39.00 –1510 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº. 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Termo Aditivo e da Planilha de Formação de Preços, parte integrante deste Termo.



CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203709
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43660-JFL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

1796

[redacted]

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 29 de janeiro de 2016.

**ALDNEI SIQUEIRA**
Prefeito Municipal

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA**
Representante Legal

**ANTONIO ROBERTO ANJOS MANSUR**
Secretário Municipal de Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203710
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 - Total R$: 2,51
Selo: EEOL43661-ALO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/selos/



1797

# Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

*Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos*

**DÉCIMO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA Nº 007/2011 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA.**

**PARCEIRO PRIVADO:**

**MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ, PARANÁ,** pessoa jurídica de direito Público Interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº **76.105.659/0001-74**, com sede na Avenida Emílio Johnson, nº 360, Centro Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **GERSON COLODEL,** brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 806.118.859-72, portador da cédula de identidade RG nº 4.436.088-8/PR, residente e domiciliado em Almirante Tamandaré, Paraná. **GERIDO** pela Secretária Municipal de Saúde.

**PARCEIRO PRIVADO:**

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, devidamente inscrita no CNPJ sob o n.º 05.997.585/0001-80, neste ato representado pelo Sr. **DENNER ORNELLAS CORTAT** (CPF. nº 868.424.557-15), brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Coronel Pitta de Castro, n.º 277, Centro, Itaocara, Rio de Janeiro.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203711
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 - Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43662-FCC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

As partes acima qualificadas, **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ** e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, de comum acordo, com fulcro na legislação, nas cláusulas do Termo de Parceria nº 007/2011, celebrado em 01.11.2011, e no Processo Administrativo n.º 0018.0019959/2016, firmam de comum acordo o presente Décimo Termo de Aditivo de Prorrogação, conforme as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PRAZO DE RENOVAÇÃO:**

As partes concordam em prorrogar o presente Termo de Parceria nº 007/2011 pelo prazo de 9 (nove) meses, iniciando em 02/02/2017, e passando-se a finalização de sua vigência para o dia 01/11/2017.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**:

Para o cumprimento das metas estabelecidas durante o período prorrogado, conforme a Cláusula Primeira deste Décimo Termo Aditivo de Prorrogação, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor mensal de **R$ 461.083,68 (quatrocentos e sessenta e um mil, oitenta e três reais e sessenta e oito centavos)**.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

As despesas oriundas deste Décimo Termo de Prorrogação do termo de Parceria nº 07/2011, **PROJETO "PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS"**, correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

***09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE***
*10.301.0015.2.049 – Manutenção do Posto 24 Horas*
*3.3.90.39.00 – 1303 - Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica* 252
*3.3.90.39.00 – 1495 - Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica* 254
*3.3.90.39.00 – 1510 - Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica* 255

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203712
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43663-EOO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**

As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº 007/2011, cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Décimo Termo Aditivo de Prorrogação.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente termo aditivo de convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 23 de janeiro de 2017.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203713
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodicao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE

Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL 43664-FEF Consulte em https://www4.tjrj.jus.br/sitepublico/

**GERSON COLODEL**
Prefeito Municipal

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
Representante Legal

**ERNESTO ANTONIO ROSSI**
Secretário Municipal de Saúde



1800

**Almirante Tamandaré**
Prefeitura da Cidade
*Secretaria Municipal de Saúde*

**TERMO DE PARCERIA Nº. 001/2017, QUE CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E A OSCIP INVISA - INSTITUTO VIDA E SAÚDE, COMO ABAIXO SE DECLARA.**

Pelo presente instrumento, nesta cidade de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, comparecem as partes, justas e contratadas, a saber, de um lado, na qualidade de contratante, o **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** com **CNPJ Nº 76.105.659/0001-74,** representado neste ato pelo Secretário Municipal de Saúde o Sr. **ERNESTO ANTÔNIO ROSSI,** e de outro lado, na qualidade de Parceiro Público, a OSCIP **INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE,** com **CNPJ** nº **05.997.585/0001-80,** estabelecida na Rua Hermete Silva, 49 – Centro, tel. (22) 3851-2901, web site: www.invisa.org.br, CEP 28470-000 – Santo Antonio de Pádua/RJ, representada pelo Senhor **DENNER ORNELLAS CORTAT**, portador do RG nº 93.1.03907-0/ CREA/RJ e CPF (MF) nº 868.424.557-15. Pelas partes é dito que o presente termo é celebrado em decorrência do Procedimento Administrativo **nº. 0018.0018735/2017,** na modalidade **DISPENSA DE CONCURSO DE PROJETOS n.º 07/2017.** E, assim sendo, firmam o presente Termo de Parceria nos termos que segue:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – DO OBJETO

O presente Termo de Parceria tem por objetivo a operacionalização e a execução do Projeto "Pronto Atendimento 24 Horas" na Unidade de Saúde situada no Centro de Almirante Tamandaré, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – DO PROGRAMA DE TRABALHO

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados e a previsão de receitas e despesas, na forma dos incisos III e IV do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.790, constam no Programa de Trabalho proposto pela OSCIP e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO quando da formalização do Termo de Parceria 007/2011, derivado da Concorrência Pública 003/2010, o qual fica mantido e que constitui parte integrante deste Termo de Parceria, independentemente de sua transcrição.

**Parágrafo Primeiro** – Tendo-se em vista que este Termo de Parceria está sendo firmado na modalidade de dispensa em razão de manutenção de Termo de Parceria

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203714
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 14,91
Selo: EEOL43665-EFO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1801

outrora firmado (007/2011), todos os aditivos provenientes do Termo de Parceria n.º 007/2011 também fazem parte integrante do presente.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DA OSCIP**

São responsabilidades e obrigações da OSCIP, além de outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

1. Executar fielmente todas as ações previstas no Programa de Trabalho, zelando pela boa qualidade dos serviços prestados;

2. Aplicar os recursos financeiros exclusivamente para o cumprimento das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho que faz parte integrante do presente Termo;

3. Facilitar a supervisão e fiscalização pelo Parceiro Público e pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, permitindo-lhe, inclusive, o acompanhamento *in loco* e fornecendo, sempre que solicitadas, as informações e documentos relacionados com a execução dos objetivos propostos com o presente termo de cooperação;

4. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do **PARCEIRO PÚBLICO**, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

5. Responsabilizar-se pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes;

6. Responder, única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes do objeto, tais como impostos, taxas, contribuições fiscais, previdenciárias, trabalhistas, fundiárias; enfim, por todas as obrigações e responsabilidades, por mais especiais que sejam e mesmo que não expressas no presente termo de parceria.

7. Publicar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura deste Termo de Parceria, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203715
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,51
Selo: EEOL43666-FFO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico.

8. Indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos, cujo nome constará do extrato deste Termo de Parceria a ser publicado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

9. Movimentar os recursos financeiros, objeto deste Termo de Parceria, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO;**

10. Responder civil e criminalmente por todos e quaisquer danos pessoais, materiais ou morais ocasionados à administração e/ou a terceiros, na execução do objeto da presente licitação, isentando o Município de toda e qualquer responsabilidade.

11. Assumir integral responsabilidade pela boa execução e eficiência dos serviços que efetuar, bem como, pelos danos decorrentes da realização dos mesmos.

12. Entregar ao parceiro público, **até a data convencionada no parágrafo primeiro da CLÁUSULA QUINTA**, sob pena de suspensão do repasse nos termos da CLÁUSULA SEXTA, parágrafo primeiro deste Termo de Parceria, os seguintes documentos:

a) Extrato bancário da Conta Corrente mencionada na CLÁUSULA QUARTA, inciso II deste Termo de Parceria;

b) Folha de pagamento do pessoal;

c) Comprovante de quitação de Encargos Trabalhistas e Previdenciários, correspondente ao mês anterior;

d) Planilha detalhada de atendimentos realizados e folha diária de comparecimento do pessoal responsável pela execução do Projeto.

e) Relatório detalhado de despesas com o projeto, incluindo os gastos com o custo operacional.

f) Relatório das ações realizadas.

13. Providenciar que seus empregados cumpram rigorosamente as **Determinações e Instruções emanadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela legislação vigente;**

14. Responsabilizar-se por todos os ônus e obrigações concernentes à **Legislação Fiscal, Social, Securitária, Trabalhista, Tributária, bem como pelos danos e**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203716
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43667-FGF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1803

**prejuízos que a qualquer título causar a SMS ou a terceiros,** em decorrência da execução dos serviços contratados;

15. A Unidade de Saúde 24 horas deverá manter seu funcionamento de forma ininterrupta, **Independente das Faltas ou Ausências dos Funcionários** (cabendo a OSCIP substituí-los), considerando que somente a Secretaria Municipal de Saúde poderá determinar o fechamento do estabelecimento;

16. A OSCIP vencedora deverá aceitar integralmente todos os **Métodos e Processos de Inspeção, Verificação e Controle** a serem adotados pelo município de Almirante Tamandaré.

17. O TERMO DE PARCERIA efetuado através do Município de Almirante Tamandaré em nada restringe a **Responsabilidade Única, Integral e Exclusiva** da OSCIP no que se refere à perfeita execução dos serviços e às suas conseqüências e implicações.

18. A OSCIP deverá fornecer, para controle de freqüência de seus funcionários, **Registro de Freqüência, realizado através de ponto biométrico (os equipamentos necessários para isto deverão ser disponibilizados pela OSCIP vencedora).**

**Parágrafo Primeiro:** Considera-se para fins de comprovação do disposto no item 12, letra "c" desta cláusula, a GFIP (Guia de Recolhimento do FTGS e Informações à Previdência Social) referente à competência do mês anterior ao período objeto do repasse, compreendendo todos os funcionários contratados para o desenvolvimento das atividades de implantação e desenvolvimento do Programa de Trabalho Aprovado (Pronto Atendimento 24 Horas).

**Parágrafo Segundo:** Além da documentação prevista anteriormente, a OSCIP deverá encaminhar, bimestralmente, cópia das planilhas de Transferências Voluntárias (DAT), devidamente preenchidas ao amparo da Resolução nº 03/2006 e da Instrução Normativa nº 27/2008 oriundas do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, pertinentes ao desenvolvimento do Programa de Trabalho Aprovado (Pronto Atendimento 24 Horas).

**Parágrafo Terceiro:** A OSCIP deverá apresentar os Profissionais de Saúde à Coordenação do Posto 24 horas imediatamente à assinatura do presente;

**Parágrafo Quarto:** Os danos causados direta ou indiretamente ao parceiro público ou à terceiros, em virtude de culpa ou dolo na execução do Termo de Parceria,

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203717
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43668-OEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1804

independente de ocorrerem ou não em áreas correspondentes à natureza de seus trabalhos, serão de responsabilidade da OSCIP.

**Parágrafo Quinto:** As despesas com deslocamento de pessoal para realização do serviço correrão por conta da OSCIP.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DO MUNÍCIPIO DE ALMIRANTE TAMANADARÉ:**

São responsabilidades e obrigações do Parceiro Público Município de Almirante Tamandaré, além de outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

1. Gerir, acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste Termo de Parceria, de acordo com o Programa de Trabalho aprovado;

2. Indicar à **OSCIP** o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste Termo de Parceria;

3. Disponibilizar os equipamentos de proteção individual – EPIs às equipes alocadas no referido programa, conforme o caso;

4. Repassar os recursos financeiros à **OSCIP**, nas condições estabelecidas na CLÁUSULA SEXTA deste Termo de Parceria, sendo que em caso de atraso no repasse por parte do Município e conseqüente oneração no custo do projeto, tais valores e decorrentes obrigações são de responsabilidade do Parceiro Público;

5. Publicar no Jornal Oficial do Município extrato deste Termo de Parceria e de seus aditivos, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto n° 3.100 de 30 de junho de 1999;

6. Criar Comissão de Avaliação para este Termo de Parceria, composta por 02 (dois) representantes do **PARCEIRO PÚBLICO**, 01 (um) da **OSCIP** e 01 (um) do Conselho de Política Pública da respectiva área de atuação, para a análise e verificação dos resultados obtidos com a finalização do presente termo, conforme artigo 11 § 1° da Lei n° 9.790/1999.

7. Prestar o apoio necessário a **OSCIP** para que seja alcançado o objeto deste Termo de Parceria em toda sua extensão;

8. Fornecer ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203718
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43669-LEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1805

relação a este Termo de Parceria, nos termos do art. 17 do Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999.

**Parágrafo Primeiro:** Competirá à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, a supervisão e a gestão de referido termo de Parceria e a fiscalização do cumprimento dos objetivos propostos no Plano de Trabalho que integra o presente termo.

**Parágrafo Segundo:** Para o acompanhamento e supervisão dos objetivos propostos no presente Termo de Parceria, a Secretaria Municipal de Saúde colocará dois servidores de seu quadro, sendo vedado o pagamento de qualquer vantagem pecuniária a tais funcionários, com recursos provenientes deste Termo de Parceria.

**Parágrafo Terceiro:** O município de Almirante Tamandaré reserva-se ao direito de, a qualquer momento, solicitar a troca (por escrito) de qualquer Profissional de Saúde que não se enquadre nas exigências do presente termo de compromisso.

## CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

1. Para o cumprimento das metas estabelecidas neste Termo de Parceria o **PARCEIRO PÚBLICO** estimou o valor global de **R$ 2.766.502,08 (dois milhões, setecentos e sessenta e seis mil, quinhentos e dois reais e oito centavos)** a ser depositado em conta corrente específica do projeto indicada pelo Parceiro Público.

2. A OSCIP deve proceder a Controle de Jornada no período compreendido entre o dia 21 do mês até o dia 20 do próximo mês, tendo em vista os encargos sociais serem calculados em regime de competência, com o compromisso de cumprir com as exigências legais perante o quadro de profissionais, cuja contratação é regida pela CLT, e o pagamento deve ser até o 5º (quinto) dia útil do mês subseqüente.

3. Para a modalidade de contratação dos médicos aplicam-se os mesmos prazos.

4. A OSCIP deverá apresentar toda a documentação necessária, **até o dia 24 de cada mês**, para repasse dos recursos financeiros até o 4º. dia útil do mês subseqüente, pois isto propiciará:

**a)** Pagamento dos salários aos profissionais, dentro do prazo exigido por lei, ou seja, até o 5º. dia útil do mês seguinte, eximindo as partes de pendências trabalhistas;

**b)** Recolhimento dos encargos sociais (INSS, FGTS e PIS e eventual Imposto de Renda) no regime de

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090599AA203719
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43670-OED Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1806

c) Todo e qualquer evento que implique em faltas, atrasos ou horas-extras, ou alteração do valor já pago no mês corrente, serão processados no mês subseqüente, sem prejuízos ao colaborador nem ao Parceiro Público.

5. A **Fatura de pagamento da OSCIP** deverá ser devidamente discriminada e atestada pelos **Responsáveis pela Fiscalização de Execução das Atividades** designados pela Administração.

**Parágrafo Único:** A OSCIP deverá encaminhar o respectivo Recibo concernente às parcelas repassadas até dia 24 (vinte e quatro) de cada mês, **acompanhada dos documentos indicados no inciso XII da CLÁUSULA TERCEIRA** e parágrafos primeiro e segundo.

## CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O repasse à **OSCIP** dos recursos financeiros dispostos na CLÁUSULA QUINTA será efetivado em conformidade com o cronograma apresentado:

**Parágrafo Primeiro:** O repasse e os valores referidos nesta CLÁUSULA SEXTA, fica condicionado à apresentação da documentação nos termos da CLÁUSULA TERCEIRA, inciso XII, parágrafos primeiro e segundo.

**Parágrafo Segundo:** Poderá ocorrer diminuição dos valores a serem repassados, caso haja a ocorrência de faltas e a não substituição do respectivo funcionário, por profissional igualmente habilitado, para o desenvolvimento das atividades de operacionalização e execução do Programa Pronto Atendimento 24 Horas, desempenhados pelo funcionário faltoso.

**Parágrafo Terceiro:** Caso haja redução do quadro de pessoal para a execução das metas e objetivos propostos no Programa de Trabalho, o valor do repasse poderá será ajustado de forma proporcional ao número de funcionários que estejam efetivamente em atividade, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos ao presente Termo de Parceria.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA CUSTEIO DO PRESENTE TERMO DE PARCERIA

As despesas ocorrerão por intermédio da seguinte dotação orçamentária:

| DOTAÇÃO | DESCRIÇÃO |
|---|---|
| 09.01 | Secretaria Municipal da Saúde |
| 10.301.0015.2.049 | Manutenção do Posto 24 Horas |
| 3.3.90.39.00 - 1000 | Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica |

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203720
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é fiel do original que me foi apresentado. Usuário: RAYLANE CASTELO BRANCO DE SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Pádua RJ, 31/07/2023 RAYLANE CASTELO BRANCO DE SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,79 Total R$ 12,91
Selo: EEOL48671-DDA Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

| | |
|---|---|
| 3.3.90.39.00 - 1303 | Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica |
| 3.3.90.39.00 - 1495 | Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica |
| 3.3.90.39.00 - 1510 | Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica |

**Parágrafo Primeiro:** Em caso de necessidade de alteração do valor global do Termo de Parceria, em virtude de atendimento às disposições legais ou normas convencionais como Convenções Coletivas de Trabalho, Dissídios Coletivos, Acordos Coletivos, o valor global poderá ser redimensionado, observando-se os limites quantitativos previstos na Lei 8666/93, condicionada à prévia existência de disponibilidade orçamentária.

**Parágrafo Segundo:** No caso de necessidade urgente de contratação, substituição ou reposição de profissionais que ocasionem alterações no equilíbrio financeiro do projeto, objeto deste Termo de Parceria, o valor global poderá ser alterado, mediante a conveniência e a oportunidade do Parceiro Público, atentando-se aos limites legais previstos na Lei 8666/93.

## CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO

1. Nos termos da CLÁUSULA QUARTA, Parágrafo Primeiro, deste Termo de Parceria, caberá à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Políticas Públicas correlato, nos termos do artigo 11 da Lei nº 9790/99 acompanhar e fiscalizar, mensalmente, a execução dos objetivos propostos no Programa de Trabalho.

2. Para fins de acompanhamento e fiscalização do Termo de Parceria, o chefe do Poder Executivo Municipal instituirá, através de Portaria, uma Comissão de Fiscalização e Acompanhamento, órgão de controle interno, sendo constituída por, no mínimo, 7 (sete) integrantes, da seguinte forma:

   a) 2 (dois) servidores da Secretaria Municipal de Saúde;
   b) 2 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde;
   c) 1 (um) servidor da Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos;
   d) 1 (um) servidor da Secretaria Municipal de Fazenda;
   e) 1 (um) servidor do Departamento de Controladoria;

3. Competirá à Comissão de Fiscalização e Acompanhamento analisar, mensalmente, antes de autorizar o repasse dos recursos à OSCIP, a documentação encaminhada pela entidade, na forma estabelecida na Cláusula Terceira, alínea XII, parágrafos primeiro e segundo deste Termo de Parceria,

4. Cada membro da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento terá um

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203721
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,00
Selo: EEOL43672-OFF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

00786

respectivo suplente.

## CLÁUSULA NONA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. A OSCIP elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até 60 (sessenta) dias após o encerramento da vigência do Termo. A Prestação de Contas deverá ser entregue instruída com os seguintes documentos:

   a) Relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
   b) Demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria **OSCIP**, e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da **OSCIP** indicado na Cláusula Terceira;
   c) Extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial Município, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100 de 30 de junho de 1999;
   d) Parecer e relatório de auditoria elaborado pela Comissão de Avaliação tratada na CLÁUSULA QUARTA, inciso VI, do presente Termo.

**Parágrafo Único:** Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata a CLÁUSULA NONA, inciso II, desse Termo de Parceria, deverão ser arquivados na sede da **OSCIP** por no mínimo cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles próprios da entidade.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

1. Os resultados atingidos ao término do presente TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na CLÁUSULA QUARTA, inciso VI, deste Termo de Parceria.

**Parágrafo Único:** A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Programa de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na CLÁUSULA SEGUNDA e o encaminhará ao PARCEIRO PÚBLICO, até 30 (trinta) dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203723
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 02,51
Selo: EEOL43673-CCD Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** – DAS AVALIAÇÕES

1. A avaliação das ações na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas ocorrerá através de Comissão designada pelo Executivo Municipal através de Portaria, e será composta, no mínimo, por dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante da OSCIP e um representante do Conselho Municipal de Saúde.
2. Todos os atendimentos, serviços e procedimentos serão registrados em formulário elaborado pela equipe técnica da SMS.

3. A avaliação considerará a qualidade do atendimento e o alcance das metas, informando ao executor os ajustes necessários, e acordando, em tempo e forma exequível, as melhorias.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - DA VIGÊNCIA

1. O presente TERMO DE PARCERIA terá vigência de 180 (cento e oitenta) dias, contados de 02/11/2017 a 30/04/2018.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** - DA RESCISÃO

1. O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido, antes do término do prazo de vigência, por acordo entre as partes ou administrativamente, mediante comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, independentemente das demais medidas cabíveis e nas seguintes situações:

   a) Se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA; e

   b) Unilateralmente, pelo **PARCEIRO PÚBLICO** se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a entidade perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

**Parágrafo Único**: Também poderá ocorrer a rescisão do Termo de Parceria por conveniência da Administração Pública, a qualquer tempo, mediante notificação prévia no prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** - DA MODIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DESTE TERMO

1. Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203724
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fe que a presente copia e reprodicao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,51
Selo: EEOL43674-CLF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/



01810

simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os **PARCEIROS**, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

2. O presente termo de parceria se regerá pelas cláusulas e disposições aqui expressas; pelas disposições constantes do edital de licitação, projeto e demais anexos, pelas disposições contidas na Lei 8.666/93 com as alterações dela decorrentes; e, ainda, pelas demais disposições legais que se verificarem aplicáveis à espécie de seu objeto, por mais especiais que sejam e mesmo que aqui ou na minuta do termo de parceria, mencionadas.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO DE ELEIÇÃO**

1. Fica eleito o Foro Regional de Almirante Tamandaré da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba - Estado do Paraná, para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 02 (duas) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito.

Almirante Tamandaré, 01 de novembro de 2017.

**ERNESTO ANTÔNIO ROSSI**
**Secretário Municipal de Saúde**

**INVISA INSTITUTO VIDA E SAÚDE**

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203725
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,98
Selo: EEOL43675-FLO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1811

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203726
Rua dos Leites, nº 89 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3851-2140
AUTENTICAÇÃO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE CRISTINA DIAS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91.
Selo: EEOL43676-LGF Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

# Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Administração e Previdência
***Departamento de Licitações***

**TERMO DE PARCERIA Nº 04/2018**
(Art. 9º da Lei nº 9.790, de 23.3.99, e Art. 8º do Decreto nº 3.100, de 30.06.99).

**TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ-PR, E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA.**

**O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ**, pessoa jurídica de direito Público Interno, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº 76.105.659/0001-74, doravante denominado PARCEIRO PÚBLICO, com sede à Avenida Emilio Johnson, 360 – Centro – Almirante Tamandaré – Estado do Paraná, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde. Sr. **ERNESTO ANTONIO ROSSI**, portador do RG. nº 4.260.178-0 SSP/PR, inscrito no CPF sob nº 685. 894. 929-15, brasileiro, solteiro, residente e domiciliada em Curitiba – Estado do Paraná e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado doravante denominada OSCIP, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 05.997.585/0001-80, estabelecida na Rua Hermete Silva, 49 – Centro, tel. (22) 3851-2901, web site: www.invisa.org.br, CEP 28470-000 – Santo Antônio de Pádua/RJ, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, **Agência 0312-3/ Conta 31.552-4/ Banco do Brasil**, conforme consta do processo MJ nº 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16 de dezembro de 2003, publicado no Diário Oficial da União de 19 de dezembro de 2003, neste ato representado na forma de seu estatuto por **DENNER ORNELLAS CORTAT**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG nº 93.1.03907-0/ CREA/RJ, e inscrito no CPF nº 868.424.557-15, residente e domiciliado na cidade de Itaocara/RJ com fundamento no que dispõem a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, a Lei Municipal nº 1.364, de 14 de julho de 2008, resolvem firmar o presente TERMO DE PARCERIA, decorrente do Procedimento Administrativo **nº. 0018.0019799/2017** e **0018.0007298/2018** na modalidade **CONCURSO DE PROJETOS n.º 002/2017, e do Termo de Parceria nº 02/2018, onde deverá ser observado e respeitado suas cláusulas de prazo, execução e vigência,** que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**
**DO OBJETO**

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto seleção de entidade direito privado sem fins lucrativos, qualificadas como Organização de Sociedade Civil de Interesse Público - **OSCIP**, para a formação de vínculo de cooperação, por meio de Termo de Parceria, visando a realização de atividades, serviços de interesse público, através do desenvolvimento, acompanhamento e execução de programas de governo, nos limites legais, com ações que possibilitem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, em conformidade com os preceitos das Leis: nº 8.666/93, em seus artigos 3º, 6º, 9º, 11, 12, e nº 9.790/99, 13.019/2014 e Decreto nº 3.100/99, **NA ÁREA DA SAÚDE – PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS,** em conformidade com os Programas de Trabalho estabelecido em anexo, que se realizará por meio do estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes.



16027

**Subcláusula Única** - O Plano de trabalho poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta; e

b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.

**CLÁUSULA SEGUNDA**
**DO PLANO DE TRABALHO, DAS METAS, DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E DA PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS**

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados, e a previsão de receitas e despesas, na forma do inciso IV do § 2º do art. 10 da Lei nº 9.790/99, constam do Plano de trabalho proposto pela OSCIP e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, sendo parte integrante deste TERMO DE PARCERIA, independentemente de sua transcrição.

**CLÁUSULA TERCEIRA**
**DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES**

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos ne TERMO DE PARCERIA:

**I - Da OSCIP:**

a) executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Plano de trabalho, zelan pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiênc eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

b) observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;

c) responsabilizar se, integralmente, pelos encargos de natureza trabalhista previdenciária, referentes aos recursos humanos utilizados na execução do objeto des TERMO DE PARCERIA, decorrentes do ajuizamento de eventuais demandas judiciai bem como por todos os ônus tributários ou extraordinários que incidam sobre o presen instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamen pela rede bancária arrecadadora;

d) promover, até 28 de fevereiro de cada ano, a publicação integral na imprensa ofici do Município de extrato de relatório de execução física e financeira do TERMO D PARCERIA, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 d junho de 1999;

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090599AA203727
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 12,91
Selo: EEOL43677-LEG Consulte em https://www.tjrj.jus.br/sitepublico

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203728
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reproducao fiel do original que me foi apresentado. Usuario.: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$. 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo. EEOL43678-FLO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



e) publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura deste TERMO DE PARCERIA, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para promover a aquisição ou contratação de quaisquer bens, obras e serviços, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

f) indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999; e

g) movimentar os recursos financeiros, objeto deste TERMO DE PARCERIA, em conta bancária específica indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

**II – Do PARCEIRO PÚBLICO:**

a) acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Plano de trabalho aprovado;

b) indicar à OSCIP o banco em que será aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

c) repassar os recursos financeiros à OSCIP nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta;

d) publicar no Diário Oficial da União extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de quinze dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

e) criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois representantes do PARCEIRO PÚBLICO, um da OSCIP e um do Conselho de Política Pública (quando houver o Conselho de Política Pública);

f) prestar o apoio necessário à OSCIP para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão;

g) fornecer ao Conselho de Política Pública (quando houver) da área correspondente à atividade ora fomentada, todos os elementos indispensáveis ao cumprimento de suas obrigações em relação à este TERMO DE PARCERIA, nos termos do art. 17 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

**CLÁUSULA QUARTA**
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA:

I – O PARCEIRO PÚBLICO estimou o valor global de **R$ 8.504.426,46 (Oito milhões, quinhentos e quatro mil, quatrocentos e vinte e seis reais e quarenta e seis centavos**), a ser repassado à OSCIP de acordo com o cronograma de desembolso apresentado no Plano de Trabalho aprovado.

**Subcláusula Primeira** – O PARCEIRO PÚBLICO, no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos PARCEIROS, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

**Subcláusula Segunda** – Os recursos repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO à OSCIP, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação serem revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

**Subcláusula Terceira** – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma estabelecido no caput desta Cláusula, a OSCIP poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo PARCEIRO PÚBLICO, tendo reconhecidas as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Plano de trabalho.

**Subcláusula Quarta** – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste TERMO DE PARCERIA e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

**Subcláusula Quinta** – As despesas ocorrerão à conta do orçamento vigente, para o corrente exercício:

| DOTAÇÃO | DESCRIÇÃO | |
|---|---|---|
| **09.01** | **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** | |
| 10.301.0015.2.047 | Manutenção do Posto 24 Horas | |
| 3.3.50.43.00 – 1000 | Subvenções Sociais | **283** |
| 3.3.50.43.00 – 1303 | Subvenções Sociais | **284** |

As despesas relativas a exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos ser indicados por meio de:

a) registro por simples apostila, dispensando se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada; e

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203729
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia e reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario : RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$ 0,37 - 5% R$ 0,37 - 4% R$ 0,29 Total R$ 2,51
Selo: EEOL43679-IEL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no caput desta Cláusula.

**Subcláusula Sexta** – A liberação de recursos a partir da terceira parcela, inclusive, ficará condicionada à comprovação das metas para o período correspondente à parcela imediatamente anterior à última liberação, mediante apresentação dos documentos constantes dos incisos I e IV do art. 12 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

## CLÁUSULA QUINTA
## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A OSCIP elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até sessenta dias após o término deste (na hipótese do Termo de Parceria ser inferior ao ano fiscal) ou até 28 de fevereiro do exercício subsequente (na hipótese do Termo de Parceria ser maior que um ano fiscal) e a qualquer tempo por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO.

**Subcláusula Primeira** – A OSCIP deverá entregar ao PARCEIRO PÚBLICO a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

I – relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;

II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria OSCIP e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da OSCIP indicado na Cláusula Terceira;

III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial da União, de acordo com modelo constante do Anexo

II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

IV – parecer e relatório de auditoria independente sobre a aplicação dos recursos objeto deste TERMO DE PARCERIA (apenas para os casos em que o montante de recursos for maior ou igual a R$ 600.000,00 – seiscentos mil reais).

**Subcláusula Segunda** – Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II da Subcláusula anterior deverá ser arquivado na sede da OSCIP por, no mínimo, cinco anos, separando se os de origem pública daqueles da própria OSCIP.

**Subcláusula Terceira** – Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela OSCIP, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária,

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203730
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43680-EHL Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

**CLÁUSULA SEXTA**
**DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

Os resultados atingidos com a execução do TERMO DE PARCERIA devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na Cláusula Terceira.

**Subcláusula Única** – A Comissão de Avaliação emitirá relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Plano de trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao PARCEIRO PÚBLICO, até 30 (trinta) dias após o término deste TERMO DE PARCERIA.

**CLÁUSULA SÉTIMA**
**DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 12 meses a partir da data de sua assinatura. Considerando a data de assinatura do Termo de Parceria nº 2/2018

**Subcláusula Primeira** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplemento do objeto e excedentes financeiros disponíveis junto a OSCIP, o PARCEIRO PÚBLICO poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na apresentação de Plano de trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

**Subcláusula Segunda** – Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplemento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO a OSCIP, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

**Subcláusula Terceira** – Havendo inadimplemento do objeto com ou sem excedentes financeiros junto a OSCIP, o PARCEIRO PÚBLICO poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

**Subcláusula Quarta** – Nas situações previstas nas Subcláusulas anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o PARCEIRO PÚBLICO deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.

**CLÁUSULA OITAVA**
**DA RESCISÃO**

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090589AA203731
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 2473-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$ 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 8,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43681-DOC Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico

I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA ; e
II – unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a OSCIP perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".

**CLÁUSULA NONA**
**DA MODIFICAÇÃO**

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os PARCEIROS, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

**CLÁUSULA DÉCIMA**
**DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente TERMO DE PARCERIA em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Almirante Tamandaré (PR), 24 de maio de 2018.

MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ
PARCEIRO PÚBLICO

INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA
OSCIP

TESTEMUNHAS:

NOME: AMAURI DOMAKOSKI
CPF Nº 687.591.349-68

NOME: RÚBIA GRAZIELA DOS SANTOS
CPF Nº 029.828.329-84

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023 RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91
Selo: EEOL43682-EEE Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico
090589AA203732



1818

# Almirante Tamandaré

*Prefeitura da Cidade*

*Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos*




**PRIMEIRO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA Nº 004/2018 – PROJETO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA.**

**PARCEIRO PÚBLICO: MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** pessoa jurídica de direito Público Interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº **76.105.659/0001-74**, com sede na Avenida Emílio Johnson, nº 360, Centro Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Família e Desenvolvimento Social, Senhor **JOÃO GUSTAVO KEPES NORONHA**, brasileiro, divorciado, portador do RG nº 2061138-3 SSP/PR e inscrito no CPF/MF sob nº 510.524.669-15, residente e domiciliado na Rua Lia Garbaccio, nº. 888, Bairro São Roque, Campo Magro, Paraná.

**PARCEIRO PRIVADO: INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, devidamente inscrita no CNPJ sob o n.º 05.997.585/0001-80, neste ato representado pelo Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Profissional/OAB/RJ nº182.740 regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº110.695.978-63, residente e domiciliado na Rua Tenente Limeira Alencar, nº08, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro.

As partes acima qualificadas, **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ** e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, de comum acordo, com fulcro na legislação, nas cláusulas do Termo de Parceria nº 004/2018 – **Projeto PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, decorrente do Concurso de Projetos nº002/2017 e Termo de Parceria nº02/2018, celebrado em 25 de abril de 2018, e no Processo Administrativo n.º 0018.0005380/2019, firmam de comum acordo o presente Primeiro Termo de Aditivo de Prorrogação, conforme as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PRAZO DE RENOVAÇÃO:**
As partes concordam em prorrogar o presente Termo de Parceria nº 004/2018 – **Projeto PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, pelo prazo de 12 (doze) meses, iniciando em 25 de abril de 2019 e findando sua vigência em 24 de abril em 2020.



1819

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**:
Para o cumprimento das metas estabelecidas durante o período prorrogado, conforme a Cláusula Primeira deste Primeiro Termo Aditivo de Prorrogação, o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO o valor anual de até **R$8.504.426,46** (oito milhões, quinhentos e quatro mil, quatrocentos e vinte e seis reais e quarenta e seis centavos).

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**
As despesas oriundas deste Primeiro Termo Aditivo de Prorrogação do termo de Parceria nº004/2018 - **Projeto PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS,** correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

***09.01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE***
*10.301.0015.2.047 – Manutenção do Posto 24 Horas*
*3.3.50.43.00 - 1000 – Subvenções Sociais* 293
*3.3.50.43.00 - 1303 – Subvenções Sociais* 294

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS:**
As partes concordam em ratificar as demais cláusulas do Termo de Parceria nº 004/2018 – **Projeto PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS,** cujo conteúdo esteja em conformidade com o presente Primeiro Termo Aditivo de Prorrogação.

Assim, por estarem justos e contratados, assinam o presente Primeiro Termo Aditivo, em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito, de acordo com a legislação vigente.

Almirante Tamandaré, 24 de abril de 2019.

**INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**
Representante Legal

**JOÃO GUSTAVO KEPES DE NORONHA**
Secretário Municipal de Saúde

CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA 090583AA203734
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO. Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario. RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 2,51
Selo: EEOL43684-EEH Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico/



1820

**Almirante Tamandaré**

*Prefeitura da Cidade*

*Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos*

**SEGUNDO TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA Nº 004/2018 – PROJETO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ E O INSTITUTO VIDA E SAÚDE – INVISA.**

**PARCEIRO PÚBLICO: MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ,** pessoa jurídica de direito Público Interno, devidamente inscrito no CNPJ sob nº **76.105.659/0001-74**, com sede na Avenida Emílio Johnson, nº 360, Centro Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Família e Desenvolvimento Social, Senhor **JOÃO GUSTAVO KEPES NORONHA**, brasileiro, divorciado, portador do RG nº 2061138-3 SSP/PR e inscrito no CPF/MF sob nº 510.524.669-15, residente e domiciliado na Rua Lia Garbaccio, nº. 888, Bairro São Roque, Campo Magro, Paraná.

**PARCEIRO PRIVADO: INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ n.º 08026.000791/2003-42 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 16/12/2003, publicado no Diário Oficial da União de 19/12/2003, com sede na Rua Hermete Silva, nº 49, Centro, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, devidamente inscrita no CNPJ sob o n.º 05.997.585/0001-80, neste ato representado pelo Sr. **BRUNO SOARES RIPARDO**, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Profissional/OAB/RJ nº182.740 regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº110.695.978-63, residente e domiciliado na Rua Tenente Limeira Alencar, nº08, Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro.

As partes acima qualificadas, **MUNICÍPIO DE ALMIRANTE TAMANDARÉ** e o **INSTITUTO VIDA E SAÚDE - INVISA**, de comum acordo, com fulcro na legislação, nas cláusulas do Termo de Parceria nº 004/2018 – **Projeto PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, decorrente do Concurso de Projetos nº002/2017 e Termo de Parceria nº02/2018, celebrado em 25 de abril de 2018, e no Processo Administrativo n.º 0018.0004814/2020, firmam de comum acordo o presente Segundo Termo de Aditivo de Prorrogação, conforme as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PRAZO DE RENOVAÇÃO:**
As partes concordam em prorrogar o presente Termo de Parceria nº 004/2018 – **Projeto PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**, pelo prazo de 12 (doze) meses, iniciando em 25 de abril de 2020 e findando sua vigência em 24 de abril em 2021.

**CARTÓRIO DO 2º OFICIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA** 090589AA203735
Rua dos Leites, nº 69 - Sala 123 - GL Por do Sol - RJ - Fone: (22) 3853-1140
AUTENTICACAO: Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Usuario: RAYLANE.
Santo Antonio de Padua-RJ, 31/07/2023. RAYLANE CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA-ESCREVENTE.
20% R$: 1,48 - 5% R$: 0,37 - 5% R$: 0,37 - 4% R$: 0,29 Total R$: 12,91.
Selo: EEOL43685-CEO Consulte em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico



1821