

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

CONVÊNIO Nº. 002/2025

**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI
CELEBRAM, O MUNICÍPIO DE ARANDU E A
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ,
VISANDO A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE
IMAGEM, PRÉ AGENDADOS E EMERGENCIAIS,
EXAMES DE RX E TOMOGRAFIA PARA O
ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO COM BASE
NA LEI MUNICIPAL Nº 2680/2022**

TERMO DE CONVÊNIO que entre si celebram o Município de Arandu, com sede a Rua Dezenove de Março nº 480, inscrito no CNPJ sob nº. 46.634.176/0001-04, neste ato representado pelo **Prefeito Municipal, Senhor FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO, portador da cédula de identidade RG nº.** e inscrito no CPF/MF sob nº

() e a Santa Casa de Misericórdia de Avaré, com sede à Rua Paraíba, nº 1003, inscrita no CNPJ sob nº. 44.584.019/0001-06, neste ato representada de acordo com seu estatuto pelo(a) **Provedor Senhor(a) Miguel Chibani Bakr, residente na Rua Maria Antonia de Souza, nº. 417, CEP: 18.705.480, Jardim São Paulo, Cidade Avaré, portador da cédula de identidade RG nº.** e inscrito no CPF/MF sob nº.

, doravante denominada simplesmente ENTIDADE, resolve celebrar o presente Termo de Convênio, nos termos da Lei Municipal nº 2680 de 06 de Abril de 2022, nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – NORMAS APLICÁVEIS

Rege o presente instrumento o que dispõe a Constituição Federal, Fundamentação para celebração de Convênio com a Santa Casa de Avaré, instituição Filantrópica, Normas aplicáveis dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 195 a 200; a constituição federal de São Paulo, em especial seu artigo 218 e seguintes, Lei orgânica municipal, em especial os seus artigos, sendo, art. 44-IV; art. 96 -§ 1º; art. 158 -§ 2º e o art. 6XXVI e as Leis Federais 8080/90, 8142/90 e 14133/21, com suas alterações, bem como a Lei Municipal autorizadora nº 2680/22. Portaria MS/GM nº. 529 de 01 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Portaria MS/GM Ne 3.390, de 27 de dezembro de 2013, Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), Portaria MS/GM N. 3.410, de 30 de dezembro de 2013, Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) Portaria MS/GM N. 142, de 27 de janeiro de 2014 Institui, no âmbito do Sistema



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

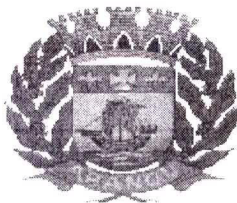
Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04
e-mail: pmarandu@uol.com.br

Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (1GH), de que trata a Portaria n. 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitalar no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional e de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Portaria MS/GM nº 2.527 de 11 de novembro de 2014 que aprova o componente hospitalar para a rede de urgência, Portaria MS/GM nº 2.839 de 29 de dezembro de 2014 que prorroga o prazo das Portarias n. 3.410/GM/MS e n. 142/GM/MS, Portaria MS/GM nº 2.395 de 11/11/2011 e Portaria IVIS/GIVI nº 2.251 de 29/12/2015, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, cujas disposições se dão por integrantes deste instrumento, como se aqui transcritas estivessem.

CLAUSULA SEGUNDA- DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo de Convenio a transferência de recursos financeiros municipais à ENTIDADE para a execução de exames de RX e Tomografia agendados e emergenciais, a pacientes do Hospital Municipal e Centro de Saúde de Arandu, conforme Lei municipal nº 2680/2022 e Tabela abaixo:

TOMOGRAFIAS				
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2025	CONTRASTE À PARTE
TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES MEMBRO INFERIOR	24	R\$ 130,13	R\$ 3.123,00	
TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES MEMBRO INFERIOR C/CONTRASTE	36	R\$ 130,13	R\$ 4.684,50	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES MEMBRO SUPERIOR	60	R\$ 130,13	R\$ 7.807,50	
TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES MEMBRO SUPERIOR C/CONTRASTE	36	R\$ 130,13	R\$ 4.684,50	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA COLUNA TORACICA	60	R\$ 130,14	R\$ 7.808,40	
TOMOGRAFIA COLUNA TORACICA C/CONTRASTE	60	R\$ 130,14	R\$ 7.808,40	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	60	R\$ 207,95	R\$ 12.476,70	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	96	R\$ 207,95	R\$ 19.962,72	
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	96	R\$ 130,14	R\$ 12.493,44	
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL C/CONTRASTE	72	R\$ 130,14	R\$ 9.370,08	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	96	R\$ 151,65	R\$ 14.558,40	
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/CONTRASTE	72	R\$ 151,65	R\$ 10.918,80	VALOR DA NF



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

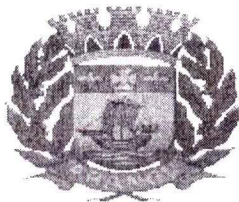
Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

TOMOGRAFIA DE CRANIO C/CONTRASTE	72	R\$ 146,16	R\$ 10.523,52	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE CRANIO	96	R\$ 146,16	R\$ 14.031,36	
TOMOGRAFIA DE FACE OU SEIOS FACE, ATM	60	R\$ 130,13	R\$ 7.807,50	
TOMOGRAFIA DE FACE OU SEIOS FACE, ATM C/ CONTRASTE	36	R\$ 130,13	R\$ 4.684,50	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE PELVE	24	R\$ 207,95	R\$ 4.990,68	
TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA C/CONTRASTE	24	R\$ 207,95	R\$ 4.990,68	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE PESCOCO C/ CONTRASTE	24	R\$ 130,13	R\$ 3.123,00	VALOR DA NF
TOMOGRAFIA DE PESCOCO	24	R\$ 130,13	R\$ 3.123,00	
TOTAIS - EXCETO VALOR DO CONTRASTE			R\$ 168.970,68	

EXAMES DE RAO X			
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2025
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	60	R\$ 22,95	R\$ 1.377,00
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES	60	R\$ 10,76	R\$ 645,30
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	60	R\$ 9,63	R\$ 577,80
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	60	R\$ 11,66	R\$ 699,30
RADIOGRAFIA DE BACIA	60	R\$ 11,66	R\$ 699,30
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	60	R\$ 11,66	R\$ 699,30
RADIOGRAFIA DE CAVUM	60	R\$ 10,32	R\$ 619,20
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	60	R\$ 11,10	R\$ 666,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL C/3 INCIDENCIAS	60	R\$ 12,29	R\$ 737,10
RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	60	R\$ 13,74	R\$ 824,40
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	60	R\$ 16,44	R\$ 986,40
RADIOGRAFIA DE COSTELAS	60	R\$ 12,56	R\$ 753,30
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	60	R\$ 8,85	R\$ 531,00
RADIOGRAFIA DE CRANIO	60	R\$ 11,28	R\$ 676,80
RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA	60	R\$ 13,41	R\$ 804,60
RADIOGRAFIA DE JOELHO	60	R\$ 10,17	R\$ 610,20
RADIOGRAFIA DE MAO	60	R\$ 9,45	R\$ 567,00
RADIOGRAFIA DE OMBRO	60	R\$ 11,97	R\$ 718,20
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE	60	R\$ 12,57	R\$ 754,20
RADIOGRAFIA DE PERNA	60	R\$ 13,41	R\$ 804,60



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

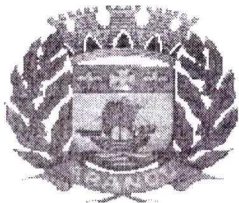
RADIOGRAFIA DE PUNHO	60	R\$ 10,37	R\$ 621,90
RADIOGRAFIA DE PÉ	60	R\$ 10,17	R\$ 610,20
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	60	R\$ 11,70	R\$ 702,00
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE	60	R\$ 10,98	R\$ 658,80
RADIOGRAFIA DE TORAX 2 INC	60	R\$ 14,25	R\$ 855,00
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	60	R\$ 9,75	R\$ 585,00
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (LOCALIZADA)	60	R\$ 16,10	R\$ 965,70
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACAS	60	R\$ 11,66	R\$ 699,30
RADIOGRAFIA DE TORAX 1 INC	60	R\$ 10,32	R\$ 619,20
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	60	R\$ 11,10	R\$ 666,00
RADIOGRAFIA DE MANDIBULA	60	R\$ 12,57	R\$ 754,20
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMO-CLAVICULAR	60	R\$ 11,10	R\$ 666,00
RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	60	R\$ 9,75	R\$ 585,00
RADIOGRAFIA DE ESCAPULO-UMERAL	60	R\$ 11,10	R\$ 666,00
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	60	R\$ 11,97	R\$ 718,20
RADIOGRAFIA DE JOELHO RÓTULA	60	R\$ 10,74	R\$ 644,40
RADIOGRAFIA DE MAXILAR	60	R\$ 10,80	R\$ 648,00
RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA	60	R\$ 10,80	R\$ 648,00
RADIOGRAFIA DE BILATERAL DE ORBITAS C/ HIRTZ	60	R\$ 12,57	R\$ 754,20
RADIOGRAFIA DE CRANIO C/ BRETTON + HIRTZ	60	R\$ 13,73	R\$ 823,50
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL C/ OBLIQUAS 5 INC	60	R\$ 12,50	R\$ 749,70
TOTAL ESTIMADO		R\$	29.391,30

PARÁGRAFO único: Os exames a ser realizados deverão ser pré-agendados, pela Secretaria municipal de Saúde mediante apresentação guia de exame devidamente assinada pelo médico, exceto os exames de urgência e emergência que deverão ser realizados sem pré agendamento, sendo o valor do contraste, quando houver necessidade, cobrado à parte.

§ 1º - O Termo de Convênio tem por finalidade garantir o atendimento da população do Município de Arandu.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS

São beneficiários deste TERMO DE CONVENIO – 100% (cem) por cento da população do município de Arandu, que necessitam de atendimento pelo SUS, através da **Unidade Básica de Saude e o Hospital Municipal**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

PARÁGRAFO UNICO: Os benefícios deste TERMO somente terão validade a partir da assinatura deste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA - DAS METAS E ÁREAS DE TRABALHO

De acordo com o Plano de Trabalho, a ENTIDADE tem por finalidade garantir a execução de exames de imagem, pré agendados e emergenciais, exames de RX e tomografia a pacientes do Hospital Municipal e Centro de Saúde de Arandu.

CLÁUSULA QUINTA

São encargos comuns dos partícipes:

- Criação de mecanismos que assegurem a transferência gradativa das atividades de realização dos exames prestada pela CONVENIADA para a rede Municipal de Saúde do CONVENIADO, considerando a pactuação local;
- Elaboração do Plano de Trabalho descritivo;

CLÁUSULA SEXTA - DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS

São Encargos dos Partícipes:

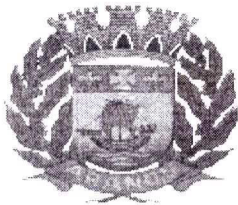
DA CONVENIADA:

I – executar a realização de exames de imagem (RX e Tomografia), pré-agendados mediante a solicitação da Secretaria de Saúde e emergenciais;

II – executar as ações previstas no Plano de Trabalho, de acordo com o pactuado no presente ajuste;

III – assegurar ao MUNICIPIO as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e a avaliação da execução do objeto do Termo;

IV – manter contabilidade e registro atualizados e em boa ordem, bem como relação nominal dos beneficiários das ações conveniadas à disposição dos órgãos fiscalizadores e, ainda, manter registros contábeis específicos relativos aos recebimentos de recursos oriundos do presente Termo;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

V- prestar contas, nos modelos das instruções específicas e editadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior. O descumprimento do prazo estipulado para a apresentação da prestação de contas, assim como para se efetuar o recolhimento, se for o caso, acarretará o impedimento de receber quaisquer outros recursos deste, a ser providenciado pela autoridade competente;

VI – garantir a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Parágrafo primeiro - O descumprimento do prazo estipulado para apresentação da prestação de contas acarretará à ENTIDADE o impedimento de receber quaisquer outros recursos do MUNICIPIO.

DA CONVENIENTE:

Transferir os recursos previstos neste Convênio, conforme Clausula sétima deste Termo.

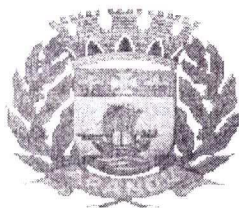
O controle e a fiscalização da execução do presente incumbirão, pelo MUNICIPIO, ao seu órgão próprio e, pela ENTIDADE, ao seu representante legal.

A Secretaria Municipal de Saúde se responsabilizará por arquivar cópias dos exames executados pela Entidade para posterior verificação.

É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saude nomear um funcionário para agendar os exames a serem realizados mediante apresentação de pedido medico- SADT, preenchido de forma legível e completo contendo: nome do usuário completo, contendo: nome do usuário, data de nascimento, RG, CPF, Cartão do SUS, endereço atualizado e telefone para contato, relacionados em relação remessa e fiscalizar a execução dos serviços a ser prestados.

CLÁUSULA SÉTIMA- DOS RECURSOS FINANCEIROS MUNICIPAL

PROGRAMAÇÃO - RECURSO MUNICIPAL- FMS	R\$ - MENSAL	R\$ - ANUAL
Pós-fixado — Serviços/Tomografias	Conforme solicitação e necessidade	Até o valor anual máximo de R\$ 168.970,68
Pós- fixado – Serviços/ RX	Conforme solicitação e necessidade	Até o valor anual máximo de R\$ 29.391,30
Total Geral de — Recurso Municipal	Conforme solicitação e necessidade	Até p valor máximo de R\$ 198.361,98



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

O componente pós-fixado corresponde aos serviços e exames, e será repassado à CONVENIADA, a posteriori, de acordo com a produção mensal aprovada pela CONVENIENTE, até o limite de transferência de R\$ 198.361,98 (Cento e noventa e oito mil, trezentos e sessenta e um reais e noventa e oito centavos) conforme programação disposta no Plano de Trabalho Anual, a partir de 01 de Janeiro de 2025 a 31 de Dezembro de 2025.

Parágrafo Primeiro – Os Valores a serem pagos constantes nas Tabelas e serão acrescidos de 10% no valor final da nota. No caso de exames com contraste será acrescido o valor da nota fiscal do produto.

Parágrafo Segundo – Os recursos transferidos pelo MUNICIPIO a ENTIDADE, em função deste Termo de Convênio, serão depositados em conta vinculada na Agência do **Banco 001 – Agencia 0203-8 - C/C: 31.582-6.**

CLÁUSULA OITAVA – DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos serão liberados na seguinte conformidade:

I - o repasse dos recursos destinados à implantação do objeto do Termo de Convênio inicial no valor correspondente a nota fiscal até 15 (quinze) dias após a entrega do relatório comprovando a realização dos exames e valores.

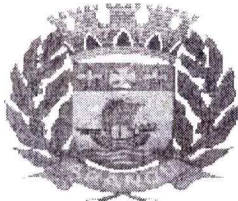
II – **O repasse** será de acordo com a demanda de exames realizados, será no prazo de 15 dias após, apresentação obrigatória de relatório contendo nomes dos pacientes, respectivos exames realizados e valores.

CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES

Este Termo de Convênio poderá ser aditado, por acordo entre os partícipes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para alterar, se necessário, o Plano de Trabalho e suplementar o seu valor, mediante proposta justificada e autorização do Executivo Municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA VIGÊNCIA, DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

O Prazo de vigência do presente Termo de Convênio será a partir de 01 de Janeiro de 2025 a 31 de Dezembro de 2025, **podendo ser prorrogada até o limite de 60 meses.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

Parágrafo Primeiro - O presente Termo, além da expiração natural de sua vigência, poderá ser rescindido, por infração legal ou descumprimento de suas cláusulas, ou denunciado, por desinteresse unilateral ou consensual, mediante notificação prévia de 60(sessenta) dias, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do rompimento do acordo, em especial:

- Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestiva.
- Pela ocorrência de fatos que venham impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da CONVENENTE ou do MINISTÉRIO DA SAÚDE;
- Pela não entrega dos relatórios mensais juntamente com as notas fiscais;
- Pela falta de pagamento dos serviços prestados pela CONVENENTE.

Parágrafo Segundo - Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do Termo de Convênio, deverá a ENTIDADE apresentar ao MUNICIPIO, no prazo de 30 (trinta) dias, a documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas até aquela data. Os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos ao MUNICIPIO, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, a ser providenciada pela autoridade municipal competente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

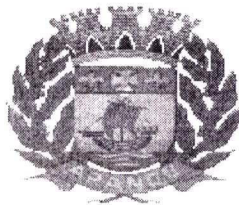
Os Convenientes decidem aplicar ao presente convênio o disposto na Lei nº 14.133/21, no caso de descumprimento, por qualquer um dos partícipes, das cláusulas e condições nele estipuladas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

A CONVENENTE providenciará a publicação do extrato do presente convênio em jornal de grande circulação regional, bem como publicação na íntegra no site oficial da Prefeitura Municipal de Arandu.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

Fica eleito o Foro do Município de Avaré para dirimir quaisquer questões resultantes da execução ou interpretação deste Termo.



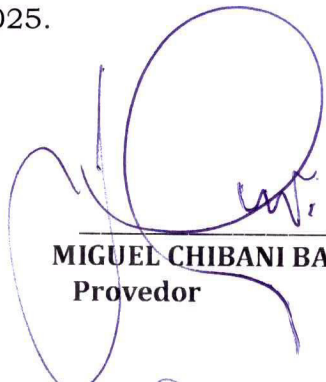
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04
e-mail: pmarandu@uol.com.br

E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo de Convênio em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

Arandu, 02 de Janeiro de 2025.


FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO
Prefeito Municipal


MIGUEL CHIBANI BAKR
Provedor


JEFFERSON DA PENHA FERREIRA
Secretário Municipal da Saúde

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome: _____
RG: _____
CPF: _____

2. 
Nome: Rosa O. S. Forchini
RG: 1
CPF: _____