



# PREFEITURA DE CAPIVARI

*Termo de Colaboração 002/2021  
que entre si celebram a Prefeitura  
Municipal de Capivari/SP e a  
Santa Casa de Misericórdia de  
Capivari/SP.*

**Prefeitura Municipal de Capivari/SP**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 44.723.674/0001-90, com endereço a Rua XV de Novembro, nº 639, Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal o **Sr. VITOR HUGO RICCOMINI**, brasileiro, casado, Empresário, portador de cédula de identidade RG nº 42.968.348-0 e inscrito no CPF nº 224.421.718-30, residente e domiciliado na Rua Luíza Costa Ferreira Sampaio, nº 395ax A, Chácara Clemente, nesta Cidade de Capivari – SP, e pela sua **Secretaria Municipal da Saúde**, entidade de direito público interno, situada na rua Padre Haroldo, 553, Centro, neste ato representada pela Secretária Municipal da Saúde, **Sra. Vlândia de Freitas Guimarães**, brasileira, divorciada, servidora pública, portadora do RG nº 24.230.498-9 e inscrita no CPF nº 245.505.518-36, doravante denominado Município, e do outro lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPIVARI**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. / M.F. sob n.º 46.925.111/0001-00, com registro no CREMESP sob nº 01.205, com sede administrativa na praça Dr. Mário Dias de Aguiar, nº 1, com estatuto social arquivado no cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Capivari em 5/4/1989, sob n.º 5.023, neste ato representado por seu representante legal, **Sr. Valter Luiz de Albuquerque**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 7.909.607-2 SSP/SP, CPF/MF nº 873.737.778-72, domiciliado na Rua Ismael Bueno de Oliveira, 160, Boa Vista, nesta cidade de Capivari/SP, doravante denominada HOSPITAL, tendo em vista o que dispõe o art. 45 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, que reger-se-á pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014 e suas alterações, no que couber, mediante as seguintes cláusulas e condições:

    
SECRETARIA DE SAÚDE



**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente termo de colaboração tem por objeto a transferência de recursos financeiros para CUSTEIO, consoante o Plano de Trabalho, parte integrante indissociável deste ajuste.

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

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES**

I – Do município:

- a) Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados e pela correta aplicação dos recursos repassados;
- b) Prestar apoio necessário e indispensável à **ENTIDADE** para que seja alcançado o objeto da parceria em toda sua extensão e no tempo devido;
- c) Repassar a **ENTIDADE** os recursos financeiros previstos para a execução do objeto da parceria, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto;
- d) Manter, em seu sítio eletrônico, a relação das parcerias celebradas, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;
- e) Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria;
- f) Analisar os relatórios gerenciais financeiros e de resultados;

**SECRETARIA DE SAÚDE**



g) Analisar as prestações de contas encaminhadas pela **ENTIDADE** de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis.

II - Da entidade:

a) Apresentar relatórios de execução do objeto - relatório de atividade e de execução financeira - Acompanhamento contábil-financeiro, elaborados por meio de formulário próprio e/ou do município e contendo:

1. Comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhado de justificativas para todos os resultados não alcançados e propostas de ação para superação dos problemas enfrentados;

2. Demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução;

b) Prestar contas da totalidade das operações patrimoniais e resultados da parceria, de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;

c) Zelar pela boa qualidade das ações e serviços prestados, buscando alcançar os resultados pactuados de forma otimizada;

d) Disponibilizar ao cidadão, na sua página na internet ou, na falta desta, em sua sede, consulta ao extrato deste termo de colaboração, contendo pelo menos, o objeto, a finalidade e o detalhamento da aplicação dos recursos.

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

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

g) Responsabiliza-se pela legalidade e regularidade das despesas realizadas

**SECRETARIA DE SAÚDE**



para a execução do objeto da parceria, pelo que responderá diretamente perante o **MUNICÍPIO** e demais órgãos incumbidos da fiscalização nos casos de descumprimento;

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

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

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

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

- a) - Descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- b) - Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;
- c) - Valores efetivamente transferidos pela administração pública;
- d) - Análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentadas na prestação de contas;
- e) - Análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles internos e externos, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

*Handwritten signatures in blue ink.*

---

### **SECRETARIA DE SAÚDE**

*Handwritten initials in blue ink.*



#### **CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O montante total de recursos a serem empregados na execução do objeto do presente Termo de Colaboração é de R\$ 2.800.000,00 (dois milhões e oitocentos mil reais), que serão transferidos durante a vigência do referido termo.

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

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

06 - Secretaria da Saúde

06.01 - Fundo Municipal de Saúde – FMS

3.3.50.39 - Outros serviços terceiros – Pessoa Jurídica (Santa Casa)

10 - Saúde

302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

0156 – Subvenções para entidades filantrópicas

2119 - Subvenções para Santa Casa de Misericórdia de Capivari

300001 - Saúde - Recursos Próprios

275 – Subvenções para Santa Casa de Misericórdia de Capivari

#### **CLÁUSULA SEXTA - DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

A Entidade obriga-se a encaminhar à **SECRETARIA**, ao final da execução do

  
  

---

**SECRETARIA DE SAÚDE**  




Plano de Trabalho, os seguintes documentos ou informações:

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

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

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

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

I. Extrato da conta bancária específica;

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

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

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

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

II. Relatório de execução financeira do termo de colaboração, com a

*Handwritten signatures and initials in blue ink, including a checkmark and the name 'Am'.*

---

### **SECRETARIA DE SAÚDE**



descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto.

### **CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO**

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

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

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

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

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

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

### **CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES**

As partes decidem aplicar ao presente termo de colaboração a execução da parceria em desacordo com o plano de trabalho apresentado, e com o disposto na Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e da legislação específica.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a checkmark and the initials 'AP', 'Y', and 'Am'.

**SECRETARIA DE SAÚDE**



**PARÁGRAFO ÚNICO:** o MUNICÍPIO poderá, garantida a prévia defesa, aplicar a ENTIDADE as sanções previstas no artigo 73 da Lei Federal 13.019, de 31 de julho de 2014.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA DENÚNCIA**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS CASOS OMISSOS**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

**DA VIGÊNCIA**

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a checkmark and a signature that appears to be 'Fm'.

**SECRETARIA DE SAÚDE**





# PREFEITURA DE CAPIVARI

O presente instrumento tem vigência de 02 de agosto de 2021 a 31 de dezembro de 2021, podendo ser renovado ou prorrogado, a critério das partes e mediante disposição de vontade expressa em documento.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

### DO FORO

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

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

Capivari / SP, 02 de agosto de 2021.

VITOR HUGO RICCOMINI  
Prefeito Municipal

## SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
Capivari, São Paulo - 13360-000

secretaria.saude@capivari.sp.gov.br (19) 3492-8200 www.prefeituracapivari.sp.gov.br



**PREFEITURA DE  
CAPIVARI**

Vlândia de Freitas Guimarães  
Secretaria Municipal da Saúde

Valter Luiz de Albuquerque  
Santa Casa de Misericórdia de Capivari

TESTEMUNHAS:

Antonio Valter Carlos da Rocha

RG:

Ingra de Moraes

RG: 39.973.210-X

---

**SECRETARIA DE SAÚDE**

Rua Padre Haroldo, 553, Centro  
Capivari, São Paulo - 13360-000

[secretario.saude@capivari.sp.gov.br](mailto:secretario.saude@capivari.sp.gov.br) (19) 3492-8200 [www.prefeituracapivari.sp.gov.br](http://www.prefeituracapivari.sp.gov.br)