



**Termo de Aditamento nº. 02 ao Convênio nº 02/2023, que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Mogi Mirim, através da Secretaria Municipal de Saúde de Mogi Mirim, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim.**

De um lado, o **MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa à Rua Dr. José Alves, 129, centro, inscrito no CNPJ sob nº. 45.332.095/0001-89, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, senhor **PAULO DE OLIVEIRA E SILVA**, brasileiro, casado, portador do RG nº 14.639.723-X e CPF nº 201.086.646-00, através da Secretaria de Saúde, na qualidade de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde – SUS, doravante denominada simplesmente “**MUNICÍPIO**”, do outro lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI MIRIM**, com sede à Rua Maestro Azevedo, 124, inscrita no CNPJ nº. 52.775.392/0001-64 neste ato representada por **MAURO NUNES JUNIOR**, **interventor** pelo **MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**, brasileiro, portador do RG nº 15.123.720-7 e CPF nº 096.863.328/55, doravante denominada simplesmente “**ENTIDADE**”, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 a 218 e seguintes, a Constituição Estadual artigos 219 a 231, as Leis nº.º 8.080/90 e 8.142/90, a Lei nº.º 14.133/2021 e suas alterações, Decreto nº 9.298/2024 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente **Aditivo**, na forma e nas condições estabelecidas nas Cláusulas seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente **Termo Aditivo** tem por finalidade alterar o **ANEXO I** do presente Convênio e as **CLÁUSULAS QUINTA – DA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS E OITAVA – DA VIGÊNCIA**, em virtude da necessidade de repactuar os procedimentos a serem realizados de acordo com a Demanda da Secretaria de Saúde e de prorrogação do prazo para realização dos procedimentos pactuados.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA RETIFICAÇÃO**

O ANEXO I ora retificado passa a ter a seguinte redação:



**ANEXO I**

Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Pactuado	Honorário Médico	Serviço Hospitalar	Valor por Procedimento	Custo Total
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	150	-	-	R\$ 209,55	R\$ 31.432,50
04.05.01.001-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENTRÓPIO	09	-	-	R\$ 203,74	R\$ 1.833,66
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA	02	-	-	R\$ 116,42	R\$ 232,84
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	130	-	-	-	-
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE	56	-	-	R\$ 190,84	R\$ 10.687,04
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	08	R\$ 4.000,00	R\$ 1.300,08	R\$ 5.300,08	R\$ 42.400,64
<b>TOTAL</b>		<b>355</b>	-	-	-	<b>R\$ 86.586,68</b>

*(Assinatura)*

*(Assinatura)*



**A Cláusula Quinta do Convênio ora retificada passa a ter a seguinte redação:**

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros no montante de até **R\$ 559.581,25 (quinhentos e cinquenta e nove mil quinhentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos)**, em parcelas mensais de acordo com o Plano de Trabalho apresentado e aprovado, e que serão pagos 10 (dez) dias após o recebimento das notas de sala comprovando a realização das cirurgias conforme Anexo I, onerando as seguintes classificações orçamentárias:

014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 1 – Tesouro – Ficha 460

014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 2 – Estadual – Ficha 687

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A **ENTIDADE** se compromete a manter os recursos transferidos em conta no Banco do Brasil – Agência 3383-9 – Conta-Corrente nº 27801-7 (Fonte 1 – Tesouro) e Agência 3383-9 – Conta-Corrente nº 27960-9 (Fonte 2 – Estadual), aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste Convênio.

**A Cláusula Oitava do Convênio ora retificada passa a ter a seguinte redação:**

O presente Convênio terá vigência a partir de sua assinatura **até 31 de dezembro de 2024**, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se todas as demais cláusulas e condições anteriormente acordadas do Convênio nº 02/2023, permanecendo válidas e inalteradas as não expressamente modificadas por este Instrumento.

E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam presente Termo Aditivo, em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, que será publicado em até 20 (vinte) dias da data das assinaturas, na presença das testemunhas abaixo assinadas.



Secretaria de  
**Saúde**

Mogi Mirim, 28 de junho de 2023.

**Paulo de Oliveira e Silva**

Prefeito do Município de Mogi Mirim

**Mauro Nunes Junior**

Interventor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

Testemunhas:

**Clara Alice Franco de Almeida Carvalho**

Secretaria de Saúde



## **TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO:** Prefeitura Municipal de Mogi Mirim

**CONVENIADA:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

**TERMO DE CONVÊNIO N° (DE ORIGEM):** Termo de Aditamento nº 02 ao Convênio nº 02/2023

**OBJETO:** O presente **Termo Aditivo** tem por finalidade alterar o **ANEXO I** do presente Convênio e as **CLÁUSULAS QUINTA – DA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS E OITAVA – DA VIGÊNCIA**, em virtude da necessidade de repactuar os procedimentos a serem realizados de acordo com a Demanda da Secretaria de Saúde e de prorrogação do prazo para realização dos procedimentos pactuados.

**ADVOGADO:** Lucas Mamede da Silva – OAB/SP 313.791

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) O ajuste acima referido e seus aditamentos, o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- a) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- b) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- c) As informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concedor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções



## Secretaria de **Saúde**

nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

### **1. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- a) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Mogi Mirim, 28 de junho de 2024.

### **AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Paulo de Oliveira e Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 201.086.646-00

### **ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Clara Alice Franco de Almeida Carvalho

Cargo: Secretária de Saúde

CPF: 016.715.318-84

### **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Mauro Nunes

Cargo: Interventor dos Serviços SUS

CPF: 096.863.328-55

### **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

### **PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

**Nome: Mauro Nunes Junior**



**Cargo:** Interventor

**CPF:** 096.863.328-55

Assinatura: \_\_\_\_\_

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "WILSON", is written over the horizontal line provided for the Interventor's signature.

**DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):**

**Nome:** Paulo de Oliveira e Silva

**Autoridade Máxima do Município**

**Cargo:** Prefeito

**CPF:** 201.086.646-00

Assinatura: \_\_\_\_\_

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "J. L. C.", is written over the horizontal line provided for the Mayor's signature.

**Nome:** Clara Alice Franco de Almeida Carvalho

**Ordenadora de Despesa**

**Cargo:** Secretária de Saúde

**CPF:** 016.715.318-84

Assinatura: \_\_\_\_\_

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "PAOLA", is written over the horizontal line provided for the Secretary of Health's signature.