# 1º TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO 11/2020

**1º - TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO 11/2020 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE DESCALVADO E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DESCALVADO.**

Pelo presente instrumento, de um lado o MUNICÍPIO DE DESCALVADO - SP, inscrito no CNPJ: 46.732.442/0001-23, estabelecido nesta cidade, na Rua José Quirino Ribeiro nº 55 Centro, representada por ANTONIO CARLOS RISCHINI, Prefeito municipal, brasileiro, Industriário, casado, portador da cédula de identidade RG: 7.820.709-5, e do cadastro nacional das pessoas físicas – CPF: 745.740.948-34; doravante denominada **CONCEDENTE**, e do outro a IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO, inscrita no CNPJ: 47.544.6663/0001-30, estabelecida nesta cidade, na Praça Dr. Octávio Gabrielli nº 827, Centro, no município de Descalvado – SP, representada por SIDNEI APARECIDO PIZZA Provedor da entidade, brasileiro, empresário, casado, portador da cédula de identidade RG: 16.446.244-2, e do cadastro nacional de pessoa física – CPF: 057602828-24 doravante denominada **PROPONENTE.**

As partes supra identificadas ajustaram, na data de 02 de junho de 2020, por este instrumento, celebram **I TERMO ADITIVO AO CONVENIO 11/2020**, em conformidade com as normas legais vigentes, no que couber, com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, mediante as seguintes cláusulas e condições:

## CLAUSULA PRIMEIRA

**§ Primeiro** - Altere-se o Plano de Trabalho ANEXO 5 itens: 5,1, 5,2 e 5,3 , bem como o ANEXO 6 - Cronograma de Desembolso, do Termo de Convênio 11/2020, firmado em 30/05/2020, sendo no mesmo acrescido o valor de R$ 585.620,21, tudo em conformidade com a portaria 1.448 de 29 de maio de 2020 que passará a ter o valor total de R$ 721.609,91, cuja aplicação está descrita no plano de trabalho que será parte integrante deste termo.

## CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições constantes no acordo originário, não modificadas no todo ou em parte, pelo presente Termo Aditivo.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO**

O município de Descalvado dará publicidade no Diário Oficial Eletrônico do Município.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam este termo em 3 (três) vias de igual teor e forma, comprometendo-se a cumprir e a fazer cumprir, por si e por seus sucessores, em juízo ou fora dele, tão fielmente como nele se contém na presença das testemunhas abaixo, para que produza os devidos e legais efeitos.

Descalvado, 02 de junho de 2020.

ANTONIO CARLOS RESCHINI
Prefeito Municipal

Wander Roberto Boneli
Secretario de Saúde

Sidnei Aparecido Pizza
Provedor

Testemunhas:

Antonio Aparecido Rischini
RG: 12.816.875

Michele Miorin Libero
RG: 28.840.246-7

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

*Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

**PLANO DE TRABALHO – Termo aditivo 1º ao CONVÊNIO 11/2020**

(§ 1º do art. 116 da Lei Federal 8.666/93)
Art. 174, IV das IN-02-2016

## ANEXO 1 – DADOS CADASTRAIS

**1.DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.1 – Órgão/Preponente**<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DESCALVADO | | | **1.2 – CNPJ**<br>47.544.663/0001-30 |
| **1.3 – Endereço**<br>Praça Doutor Octavio Gabrielli, 827 – Centro | | | |
| **1.4 Cidade**<br>Descalvado | **1.5 UF**<br>SP | **1.6 CEP**<br>13.690-000 | **1.7 - Esfera Administrativa**<br>Municipal |
| **1.8 – DDD**<br>19 | **1.9 – Fone**<br>3583.1133 | **1.10 – Fax** | **1.11 – e-mail**<br>administracao@santacasadedescalvado.com.br |
| **1.12 - Conta Credora (Dados Bancários)** | | | |
| **001-Brasil S/A** | | **Agencia 3062-7** | **Conta 36.337-5** |
| **1.13 – Nome do Responsável**<br>Sidnei Aparecido Pizza | | | **1.14 – CPF**<br>057.602.828-24 |
| **1.15 – RG/ÓRGÃO**<br>16.446.244-2 SSP/SP | **1.16 – CARGO**<br>Provedor | **1.17 – FUNÇÃO**<br>Provedor | **1.18 - Matricula** |
| **1.19 – Endereço**<br>Rua Ezio Angelo de Marco, 264 – São Francisco, Descalvado, SP | | | **1.20 – CEP**<br>13.690-000 |

## ANEXO 2 – DADOS CADASTRAIS

**2.DADOS CADASTRAIS DO CONCEDENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **2.1 – Órgão/Concedente**<br>MUNCIPIO DE DESCALVADO | | | **2.2 – CNPJ**<br>46.732.442/0001-23 |
| **2.3 – Endereço**<br>Rua José Quirino Ribeiro, 55 | | | |
| **1.4 Cidade**<br>Descalvado | **2.4 UF**<br>SP | **2.5 CEP**<br>13.690-000 | **2.6 - Esfera Administrativa**<br>Municipal |
| **2.7 – DDD**<br>19 | **2.8 – Fone**<br>3583.9346 | **2.9 – Celular**<br>**9.9758-7758** | **2.10 – e-mail**<br>ci@descalvado.sp.gov.br |
| **2.12 - Conta Devedora (Dados Bancários)** | | | |
| **Banco 104** | | **0595 CEF** | **Conta: 63-4** |
| **2.13 – Nome do Responsável**<br>**Antonio Carlos Reschini** | | | **2.14 – CPF**<br>745.740.948-34 |
| **2.15 – RG/ÓRGÃO**<br>007.820.709-5 SSP/SP | **2.16 – CARGO**<br>Prefeito | **2.17 – FUNÇÃO**<br>Prefeito | **2.18 - Matricula** |
| **2.19 – Endereço**<br>Rua José Bonifácio, 849, Centro, Descalvado SP. | | | **2.20 – CEP**<br>13.690-000 |

| | |
|---|---|
| **2.21 – UG (Unidade Gestora)**<br>Prefeitura de Descalvado - Fundo Municipal de Saúde | **2.22 – Gestão (número)**<br>**020200** |
| **2.23 – Gestor da Parceria** | **2.24 - CPF** |
| Wander Roberto Boneli | 139.514.978-07 |
| **2.25 – Endereço Residencial** | **2.26 – RG/Orgão Exp./UF** |
| Rua Antonio Bianchi, 1888 – Vila Freitas, Descalvado, SP | 19.363.178-7 SSP/SP |
| **2.27 CARGO**<br>Enfermeiro | **2.28 – FUNÇÃO**<br>Secretário de Saúde |

## ANEXO 3 – DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO

**3.DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO**

| **3.1 Título do Projeto** | **3.2 – Período de Execução** | |
|---|---|---|
| | **3.2.1 – Início** | **3.2.2 – Termino** |
| **TERMO DE CONVÊNIO 11-2020 – CUSTEIO/INVESTIMENTOS**<br>**TERMO ADITIVO 1º AO CONVENIO 11/2020** | 01/06/2020 | 31/12/2020 |

**3.3 - Objeto do Projeto -** (Artigo 116, § 1º Item I Lei 8.666/93)

**Aquisição de Medicamentos, Suprimentos, insumos e produtos hospitalares para o atendimento adequado a população na aquisição de equipamentos e pequenas reformas e adaptações físicas (para aumento da oferta de leitos com suporte de ventilação mecânica) bem como no respaldo ao aumento de gastos que as entidades terão com a definição de protocolos assistenciais específicos para enfrentar a Pandemia COVID19.**

**3.4 – Justificativa da Preposição:** *(Item I do artigo 174 das Instruções 02/2016-TCE/SP)*

**Considerando o repasse da União visando o auxílio financeiro emergencial as Santas Casas em conformidade com a portaria 1.393 de 21 de maio de 2020 art. 4º parágrafo § 1º e ainda a portaria 1.448 de 29 de maio de 2020, a necessidade destes aportes de recursos para a entidade em função da Pandemia nominada como "Novo Corona Vírus – COVID19".**

## ANEXO 4 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

### 4. EXECUÇÃO (Meta, Etapa, Especificação, Indicador Físico e Período de Execução)

**(Artigo 116, § 1º Item II, III e VI Lei 8666/93)**

| 4.1 META | 4.2 Etapa/Fase | 4.3 Especificação | 4.4 Indicador | | 4.5 – Período de | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 4.4.1 Unidade | 4.4.2 Quantidade | 4.5.1 Inicio | 4.5.2 Término |
| 1 | 1.1 | Insumos | Item 5.1 5.2 e 5.3 | Item 5.1 5.2 e 5.3 | 01/6/2020 | 31/12/2020 |
| 2 | 2.1 | Equipamentos | | | | |
| 3 | 3.1 | Recursos Humanos | | | | |

## ANEXO 5 – PLANO DE APLICAÇÃO E ESTIMATIVA DE CUSTOS

**(art. 116, § 1º Item IV Lei 8666/93)** *(Item V do artigo 174 das Instruções 02/2016-TCE/SP)*

### 5.1 – Descrição das despesas (Insumos)

| Material/Insumos | Estimativa de custo |
|---|---|
| Material hospitalar | 60.000,00 |
| Manutenção predial | 30.060,21 |
| **Total** | **110.060,21** |

### 5.2 – Descrição dos equipamentos

| Equipamentos | QTDE |
|---|---|
| Marca-passo transcutânio | 01 |
| Cardioversor Novo | 01 |
| Balança | 01 |
| Kits de Sondagem | 01 |
| Kits de Punção | 01 |
| Impressora/Scanner | 01 |
| Celular/Tablete (para visitas virtuais e comunicação pop/familiares) | 01 |
| Aparelho de videlaringoscópo (Medar) com eletrodos neonatal | 02 |
| Incubadora Neonatal de transporte com monitor rodizio | 01 |
| Carrinho de medicação beira leito | 02 |
| Carrinho de transporte de lixo hospitalar | 02 |
| Carrinho funcional biolimpo – limpeza | 02 |
| Carrinho para transporte de material/roupa limpa | 02 |
| **Estimativa de Custos** | **200.000,00** |

*Estimativa de equipamento e valor, podendo ser alterado, conforme necessidade.

## 5.3 – Recursos Humanos

Estimativa de Custos de 1 profissional/mês de 12 horas/dia

| PROFISSIONAL | HORAS/DIA | SALARIO | INSALUBRIDADE | TOTAL | 13º | FÉRIAS | FGTS | Cesta Básica | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enfermeira | 12X36 hs | 2.273,56 | 209,00 | 2.482,56 | 206,88 | 275,84 | 237,22 | 100,00 | 3.302,50 |
| Técnico em Enfermagem | 12X36 hs | 1.357,05 | 209,00 | 1.566,05 | 130,50 | 174,01 | 149,64 | 100,00 | 2.120,20 |
| APOIO | 12X36 hs | 1.183,33 | 209,00 | 1.392,33 | 116,03 | 154,70 | 133,04 | 100,00 | 1.891,11 |

- Caso haja reajuste salarial, o valor poderá sofrer alterações

| Recursos Humanos | | | | | Estimativa de custo |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermagem | 4 | 150 dias | 12 horas/dia | 3.302,50 | 66.060,00 |
| | | | | | |
| Técnicos em Enfermagem | 8 | 150 dias | 12 horas/dia | 2.120,20 | 84.808,00 |
| | | | | | |
| Apoio | 4 | 150 dias | 12 horas/dia | 1.891,11 | 37.822,20 |
| | | | | | |
| TOTAL DAS DESPESAS COM RECURSOS HUMANOS | | | | | 188.680,20 |

| Recursos Humanos | | | | | Estimativa de custo |
|---|---|---|---|---|---|
| MEDICOS | 1 | 120 dias | 6 horas/dia | 725,00 | 87.000,00 |

## 5.4 – Descrição dos Serviços de Terceiros

| TIPO DE SERVIÇOS | Estimativa de custo |
|---|---|
| FISIOTERAPIA | 20.000,00 |
| | |
| Total | 20.000,00 |

### ANEXO 6 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

(Artigo 116, § 1º Item V Lei 8666/93)

| Mês | Data prevista do repasse | Valor |
|---|---|---|
| JUNHO/2020 | 5 dias Uteis do Crédito em Conta da Municipalidade | 135.929,70 |
| JUNHO/2020 | 5 dias Uteis do Crédito em Conta da Municipalidade | 585.680,21 |
| TOTAL | | 721.609,91 |

**ANEXO 7 – PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**7.1 - Periodicidade:**

a) **- Mensal relatório financeiro com os documentos;**
b) **– Quadrimestral – Relatório Financeiro, RP-17 completo, Demonstrativo dos Rendimentos Financeiros, Conciliação Bancária;**
c) **Quadrimestral – Relatório das atividades desenvolvidas.**

**7.2 - Prazo para a apresentação da prestação de contas Final:** até o 31º dia do mês subsequente ao ano da aplicação dos recursos.

**8 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**
(Artigo 174 Item IV das Instruções 02/2016 do TCE/SP)

Considerando as condições propostas, fica aprovado o Plano de Trabalho entre as partes mediante **1º Termo Aditivo ao convênio nº 11/2020** celebrado entre a Municipalidade e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Descalvado, no valor de R$ 585.680,21 totalizando o valor de repasse em 721.609,91.

Descalvado, 08 de junho de 2020.

Antonio Carlos Reschini
Prefeito Municipal

Wander Roberto Boneli
Secretario Municipal de Saúde

Sidnei Aparecido Pizza
Provedor